

ПРОГРАММНЫЙ И ФИНАНСОВЫЙ ОТЧЕТ ВОЗ ЗА 2014–2015 гг., включая ревизованные финансовые отчеты за 2015 год



Всемирная организация
здравоохранения



СОДЕРЖАНИЕ

Исполнительное резюме ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА

Вступительное слово	4
Обзор	5
РАЗДЕЛ 1. ДОСТИЖЕНИЯ В РАЗБИВКЕ ПО КАТЕГОРИЯМ И ПРОГРАММНЫМ ОБЛАСТЯМ	36
Категория 1 Инфекционные болезни	36
1.1 ВИЧ/СПИД	38
1.2 Туберкулез	41
1.3 Малярия	44
1.4 Забытые тропические болезни ¹	48
1.5 Болезни, передаваемые с помощью вакцин	51
Категория 2 Неинфекционные заболевания	55
2.1 Неинфекционные заболевания	58
2.2 Психическое здоровье и токсикомания	62
2.3 Насилие и травматизм	65
2.4 Инвалидность и реабилитация	68
2.5 Питание	71
Категория 3 Укрепление здоровья на протяжении всей жизни	74
3.1 Репродуктивное здоровье, здоровье матерей, новорожденных, детей и подростков ²	76
3.2 Старение и здоровье	80
3.3 Интеграция гендерных аспектов, справедливости и прав человека	83
3.4 Социальные детерминанты здоровья	86
3.5 Здоровье и окружающая среда	89
Категория 4 Системы здравоохранения	93
4.1 Национальные меры политики, стратегии и планы в области здравоохранения	96
4.2 Интегрированное и ориентированное на людей медицинское обслуживание	100
4.3 Доступ к лекарственным средствам и технологиям здравоохранения и укрепление потенциала регулирования	103
4.4 Системы здравоохранения, информация и фактические данные	106
Категория 5 Обеспечение готовности, эпиднадзор и ответные меры	109
5.1 Возможности в области оповещения и принятия ответных мер	112
5.2 Болезни, способные вызвать эпидемии и пандемии	115
5.3 Управление рисками в чрезвычайных ситуациях и кризисами	117
5.4 Безопасность пищевых продуктов	119
5.5 Ликвидация полиомиелита	122
5.6 Реагирование на вспышки и кризисы	125
Глава 6 Корпоративные услуги/вспомогательные функции	128
6.1 Лидерство и стратегическое руководство	130
6.2 Транспарентность, подотчетность и управление рисками	134
6.3 Стратегическое планирование, координация ресурсов и отчетность	137
6.4 Управление и административное руководство	140
6.5 Стратегические коммуникации	144

¹ Включая Специальную программу ЮНИСЕФ/ПРООН/Всемирного банка/ВОЗ по научным исследованиям и подготовке специалистов в области тропических болезней.

² Включая Специальную программу ПРООН/ ЮНФПА/ЮНИСЕФ/ВОЗ/ Всемирного банка по научным исследованиям, разработкам и подготовке специалистов в области репродукции человека..

РАЗДЕЛ 2. ФИНАНСОВЫЙ ОТЧЕТ И РЕВИЗОВАННЫЕ ФИНАНСОВЫЕ ОТЧЕТЫ 146

Подтверждение финансовых отчетов за год, завершившийся 31 декабря 2015 г.	147
Сопроводительное письмо	148
Заключение Внешнего ревизора	149
Финансовые отчеты	151
Отчет I. Отчет о финансовом положении	151
Отчет II. Отчет о финансовых результатах деятельности	152
Отчет III. Отчет об изменениях в чистых активах/собственном капитале	153
Отчет IV. Отчет о движении денежных средств	154
Отчет V. Отчет о сравнении бюджетных и фактических сумм	155
Примечания к финансовым отчетам	
1. Основа для подготовки и представления	156
2. Основные принципы учетной политики	157
3. Примечание о пересчете остатков	165
4. Дополнительная информация к Отчету о финансовом положении	166
5. Дополнительная информация к Отчету о финансовых результатах деятельности	187
6. Дополнительная информация к Отчету об изменениях в чистых активах/ собственном капитале	191
7. Дополнительная информация к Отчету о сравнении бюджетных и фактических сумм	196
8. Сегментная отчетность	198
9. Списанные суммы и добровольные платежи	199
10. Раскрытие информации о связанных сторонах и другой информации о старшем руководстве	200
11. События после отчетной даты	201
12. Условные обязательства, обязательства и условные активы	201
Таблица I. Отчет о финансовых результатах деятельности по основным фондам	202
Таблица II. Отчет о расходах по основным бюро – только Общий фонд	203

Сведения о добровольных взносах в разбивке по фондам и по донорам за год, закончившийся 31 декабря 2015 г., представлены на веб-портале по программному бюджету ВОЗ и на сайте ВОЗ (<http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/voluntary-contributions/en/>).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1 Программный бюджет на 2014–2015 гг., методология оценки показателей исполнения	204
Приложение 2 Глоссарий терминов	206

Исполнительное резюме ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО



Впервые финансовый отчет ВОЗ за 2014–2015 гг. представлен в виде единого документа, в котором оцениваются результаты работы Организации в течение двухгодичного периода. Такое нововведение является логичным в условиях проводящихся в ВОЗ реформ и развивающегося здравоохранения, что выдвигает на первый план обеспечение прозрачности, подотчетности и мониторинга результатов. Благодаря сведению воедино материалов, которые прежде выпускались в виде отдельных докладов, настоящий документ позволяет читателю увидеть, как запрошенные ВОЗ финансовые ресурсы используются для обеспечения прогресса в достижении запланированных результатов.

Информация представлена в двух частях. Первая часть начинается с обзора важнейших проблем в области здравоохранения, которые возникли в течение данного двухгодичного периода, и ответных мер ВОЗ на эти проблемы. В ней также содержится оценка эффективности работы Организации по шести приоритетам в области лидерства, установленным в Двенадцатой общей программе работы на 2014–2019 годы. В документе честно отражены как успехи, так и неудачи. В целях иллюстрации каждой программной области в рамках шести категорий работы в самом большом разделе доклада приводятся отдельные виды деятельности. Эти наглядные примеры позволяют читателям увидеть ВОЗ в действии: поставка в течение одного года 1,5 миллиарда доз лекарств для борьбы с забытыми тропическими болезнями, создание системы определения необходимого набора питательных веществ, которая должна служить доказательной базой для ограничения продажи вредных для детей продуктов питания и напитков, и организация исследований для изучения способов повышения выживаемости преждевременно родившихся младенцев. Другие примеры показывают, как функции ВОЗ по введению нормативов и стандартов реализуются, нередко при поддержке со стороны партнеров, в инициативах, дающих результаты в странах. Каждое описание программной деятельности сопровождается таблицами с разбивкой бюджета и расходов для штаб-квартиры Организации и ее шести региональных бюро.

Во второй части приводится финансовый доклад за двухгодичный период, включая проверенные аудиторскими финансовыми ведомостями за 2015 год. Более подробная информация о реальных результатах, проблемах и трудностях, возникших в течение двухгодичного периода, представлена на веб-портале Программного бюджета. В ходе проводившегося в рамках реформирования ВОЗ диалога о финансировании государства-члены выразили признательность за имеющуюся на веб-портале Программного бюджета Всемирной организации здравоохранения¹ финансовую информацию, но также просили представить более подробные данные о программах. Поэтому, выражая свою приверженность обеспечению большей прозрачности, я предоставляю государствам-членам два способа получения доступа к информации, которая им необходима.

Настоящий первоначальный доклад следует рассматривать как отражение еще не завершенной работы, поскольку ВОЗ продолжает проводить реформы, предложенные ее государствами-членами. Представление объединенной финансовой информации и информации о программах будет продолжать совершенствоваться в течение будущих двухгодичных периодов наряду с более четким увязыванием достижений в отдельных программных областях с конечными результатами и воздействием.

Я представляю государствам-членам настоящий документ как еще один инструмент обеспечения отчетности ВОЗ по вложенным в ее работу ресурсам.

¹ См. <http://extranet.who.int/programmebudget/>, по состоянию на 4 апреля 2016 года.

ОБЗОР

Из 10 целевых задач в области глобального воздействия¹, поставленных в Двенадцатой общей программе работы на 2014–2019 гг., выполнению которых способствует деятельность ВОЗ, половина согласуется с задачами, намеченными на 2015 г. в рамках Целей тысячелетия в области развития. В их числе задача сокращения на 25% смертности от СПИДа была выполнена с превышением, однако задачи сокращения смертности от туберкулеза и малярии, соответственно на 50% и 75%, пока еще не выполнены. За период, прошедший с 1990 г., который является точкой отсчета в статистических исследованиях, показатели детской смертности снизились на 53%, а показатели материнской смертности – на 44%. И хотя эти цифры не достигают запланированного сокращения соответствующих показателей на две трети и на три четверти, они, тем не менее, представляют собой значительные успехи. Еще одна дополнительная целевая задача воздействия, срок выполнения которой был установлен на 2015 г., заключалась в искоренении дракункулеза². Хотя эта задача не выполнена до конца, существует реальная возможность того, что в трех из четырех стран, которые по-прежнему являются эндемическими очагами данного заболевания, новых случаев наблюдаться не будет. Намеченные на 2015 г. целевые задачи воздействия будут обновлены в ходе согласования системы мониторинга, с тем чтобы обеспечить их соответствие целям в области устойчивого развития.

На уровне конечных результатов, который обеспечивает более непосредственную оценку вклада ВОЗ, картина является не столь однозначной. Например, в отношении ВИЧ/СПИДа одно из целевых заданий по конечному результату предоставления 15 миллионам человек антиретровирусного лечения уже выполнено³. В связи с этим в Программном бюджете на 2016–2017 гг. целевые задания по конечному результату в отношении ВИЧ/СПИДа были пересмотрены. Во многих других программных областях оценивать достижение конечных результатов еще слишком рано. Таким образом, для каждой программной области в Части 1 доклада приводится краткая информация о достигнутых промежуточных результатах и, по мере возможности, демонстрируется, каким образом промежуточные результаты способствуют достижению конечных результатов.

В отсутствие какого-либо другого агрегированного показателя достижений в настоящем обзоре применяется иной подход. Он основан на подробных докладах, представляемых по сетям категорий и сетям программных областей, однако деятельность ВОЗ в нем рассматривается – выборочно – в более крупном масштабе. В обзоре в качестве отправной точки берется Двенадцатая общая программа работы и дается оценка прогресса, достигнутого в ходе первых двух лет в рамках шестилетнего периода. В частности, дается оценка, преимущественно в качественном отношении: (а) ответных мер, принятых ВОЗ в отношении некоторых из глобальных проблем, указанных в Главе 1 Двенадцатой общей программы работы; (б) выполнения ВОЗ своей ведущей роли в отношении приоритетов, намеченных в Главе 3; и (с) степени влияния реформы в области стратегического руководства и управления (и в особенности финансирования), о которых идет речь в Главах 4 и 5, на повышение организационной эффективности и улучшение показателей деятельности.

1. РЕАГИРОВАНИЕ НА СРЕДИТЕЛЬНО МЕНЯЮЩУЮСЯ ГЛОБАЛЬНУЮ СРЕДУ

(а) Новые политические, экономические и социальные реалии

География бедности

В Двенадцатой общей программе работы отмечается, что, хотя значительная часть беднейшего населения планеты проживает в странах, которые относятся к категории стран со средним уровнем

¹ См. Двенадцатую общую программу работы на 2014–2019 гг., Приложение, посвященное целевым задачам воздействия.

² См. программную область 1.4, Забытые тропические болезни.

³ См. программную область 1.1, ВИЧ/СПИД.

доходов, множество людей по-прежнему живут в самых нестабильных и уязвимых странах мира – странах, которые сохраняют зависимость от внешней технической и финансовой помощи. В какой степени осуществляемое ВОЗ страновое финансирование следует примеру финансирования, осуществляемого другими донорами, в большей степени концентрируясь в беднейших странах? Каким образом работа ВОЗ адаптирована к решению проблем бедных и других находящихся в неблагоприятном положении групп населения в странах со средним и высоким уровнем доходов?

- В сфере финансирования отмечается две тенденции. Во-первых, объем средств, расходуемых ВОЗ на страновом уровне, увеличился в абсолютном выражении с 1,7 млрд. долл. США в 2010–2011 гг. до 2,3 млрд. долл. США в 2014–2015 гг., а в относительном выражении – с 46% от общего объема расходов в 2010–2011 гг. до 52% в 2014–2015 годах. Однако это не является отражением систематических изменений в объемах выделяемых ресурсов: данные свидетельствуют о том, что увеличение общего объема средств отчасти объясняется строго целевой финансовой поддержкой, оказываемой Альянсом ГАВИ и Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в некоторых странах, а также расходами на борьбу с полиомиелитом и на оказание помощи в связи с чрезвычайными ситуациями и бедствиями в еще более ограниченном числе стран.
- В условиях экономического прогресса меняются потребности стран в отношении ВОЗ и предъявляемые к ней требования. Если в прошлом одним из приоритетов, возможно, было оказание помощи в осуществлении программ, то теперь акцент смещается в сторону привлечения внимания к проблемами здравоохранения и групп населения, которым не уделяется должного внимания; получения стратегических рекомендаций по вопросам политики и стратегий в области здравоохранения; а также содействия обмену опытом со странами, находящимися на сопоставимом уровне развития. Эти изменения требуют изменений в численности и профессиональной структуре персонала. Проведенная недавно независимая оценка присутствия в странах свидетельствует о том, что в некоторых регионах (особенно в Западной части Тихого океана) такие изменения начинают происходить. Тем не менее, *систематический* процесс приведения потенциала страновых отделений в соответствие с меняющимися потребностями до сих пор не начался.

Экономическая неопределенность: снижение государственных расходов в странах-донорах

Многие из прогнозов Двенадцатой общей программы работы относительно последствий финансово-экономического кризиса подтвердились. Ежегодное увеличение объемов средств по сравнению с предыдущим годом, в результате которого объем помощи в целях развития в области здравоохранения увеличился в три раза за 10-летний период, прекратилось. Менее предсказуемым было то, что и без того ограниченные бюджеты, выделяемые на цели оказания помощи, будут использоваться для финансирования новых приоритетов – особенно касающихся безопасности в области здравоохранения – и проблем, вызывающих серьезную обеспокоенность у самих стран-доноров, например связанных с миграцией. В результате все сложнее становится финансировать новые приоритеты, такие как неинфекционные заболевания, на уровне стран из внешних ресурсов; поэтому прогресс будет зависеть от внутреннего финансирования.

В то же время во многих странах наблюдается устойчивый экономический рост, и, таким образом, они больше не нуждаются в льготном финансировании или теряют право на его получение. Несмотря на то что внешнее финансирование по-прежнему играет важную роль, хотя и для все меньшего числа стран, в своей деятельности ВОЗ должна реагировать на следующие тенденции:

- Все более важным становится обеспечение эффективного использования помощи в 20–30 странах, которые сохраняют зависимость от внешней финансовой помощи. В связи с этим Международное партнерство в области здравоохранения¹ в настоящее время сосредоточивает свои усилия на этих странах, но при этом расширяет сферу своей деятельности в целях координации работы по обеспечению всеобщего охвата населения медицинской помощью.

¹ См. <http://www.internationalhealthpartnership.net/ru/>.

- Хотя право на получение внешнего финансирования определяется исключительно экономическими тенденциями, нет гарантий того, что показатели в области здравоохранения и другие социальные показатели будут неизменно следовать траектории экономического роста. Поэтому важным средством защиты является продолжение обеспечения таким странам доступа к основным товарам, таким как вакцины, по доступным ценам. ВОЗ совместно с Глобальным альянсом по вакцинам и иммунизации разрабатывает переходные планы действий, помогающие решить вопрос сохранения права на получение товаров по ценам ГАВИ. Страны, которые теряют такое право, имеют возможность получать в онлайн-режиме консультации в отношении рыночных цен и процедур закупок в онлайн-режиме в рамках Инициативы ВОЗ в области прозрачности цен.
- Однако ключевой мерой реагирования является то, что ВОЗ все чаще становится важнейшим источником информации и рекомендаций в том, что касается *национальных расходов на здравоохранение*. Это смещение акцентов, которое началось с *Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г.*, в настоящее время набирает обороты, и поэтому главным поводом для беспокойства в рамках все большего числа программ является тот факт, что объем внешнего финансирования на цели здравоохранения составляет менее 28 млрд. долл. США, тогда как более чем 6,5 трлн. долл. США ассигнований на нужды здравоохранения обеспечиваются в основном за счет внутренних ресурсов.

Изменения в соотношении сил государства, частного сектора и гражданского общества

В докладе приводится много примеров продуктивного сотрудничества ВОЗ с частным сектором и гражданским обществом, приносящего очевидную пользу здоровью людей. В числе примеров можно указать на согласование Механизма обеспечения готовности к пандемическому гриппу, разработку новых вакцин и проводимую в последнее время работу в области безопасности дорожного движения.

Хотя в Двенадцатой общей программе работы отмечается, что сложно представить возможность достижения значительного прогресса в решении основных проблем, с которыми сталкивается мир, – в том числе в области здравоохранения – без участия частного сектора и гражданского общества, основными партнерами ВОЗ по-прежнему являются преимущественно национальные правительства.

- Расширение сферы взаимодействия ВОЗ с другими заинтересованными сторонами, которые влияют на результаты в отношении здоровья, – это та область, в рамках которой по-прежнему наблюдается глубокое расхождение мнений государств-членов. Хотя все согласны с необходимостью поддерживать и сохранять нормативную деятельность ВОЗ в полном объеме, работа по определению правил взаимодействия с негосударственными субъектами продвигается гораздо медленнее, чем ожидалось.

Стремительное развитие технологий

Изменения в сфере технологий происходят во многих программных областях, рассматриваемых в настоящем докладе. Однако особое внимание в Двенадцатой общей программе работы уделяется растущему значению информационно-коммуникационных технологий, а в рамках данной области – огромному потенциалу социальных сетей¹.

- В начале двухлетнего периода у ВОЗ было около 1,4 миллиона подписчиков на двух каналах социальных сетей. Два года спустя их число превысило 5,3 миллиона человек, при этом только в «Твиттере» число подписчиков составило 2,7 миллиона человек. В настоящее время у ВОЗ 6,74 миллиона подписчиков на 11 каналах социальных сетей, так что информационные сообщения ВОЗ по вопросам здравоохранения ежедневно получают миллионы людей по всему миру.
- Продолжается инновационная деятельность в области разработки способов формулирования, ориентации на определенную аудиторию и распространения информационных сообщений, особенно во время чрезвычайных ситуаций и вспышек заболеваний. Внешнее признание эта деятельность ВОЗ получила в Женеве в 2015 г. за более эффективное по сравнению со всеми другими международными организациями использование канала социальной сети «Твиттер».

¹ См. программную область 6.5, Стратегические коммуникации.

(b) Более сложные проблемы в области здравоохранения

От Целей тысячелетия в области развития до Целей в области устойчивого развития

Согласованием нового комплекса глобальных целей в области развития глобальное сообщество здравоохранения занималось на протяжении последних четырех лет. В окончательном варианте здоровью отведено видное место, и большая часть новых приоритетов, включенных в Цели в области устойчивого развития, были раньше сформулированы в Двенадцатой общей программе работы. Кроме того, некоторые задачи в области здравоохранения перешли из незавершенной повестки дня по достижению Целей тысячелетия в области развития, а критика в отношении обоснованности, точности и измеримости Целей в области устойчивого развития в целом может быть относительно легко опровергнута, когда речь идет о задачах в области здравоохранения, хотя теперь повестка дня носит более амбициозный характер.

В то же время важно признать широту новой повестки дня: в ней здравоохранение рассматривается не только как обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте; в этой повестке дня здоровье и его детерминанты оказывают воздействие, а также сами испытывают воздействие других целей и задач как важные составляющие устойчивого развития.

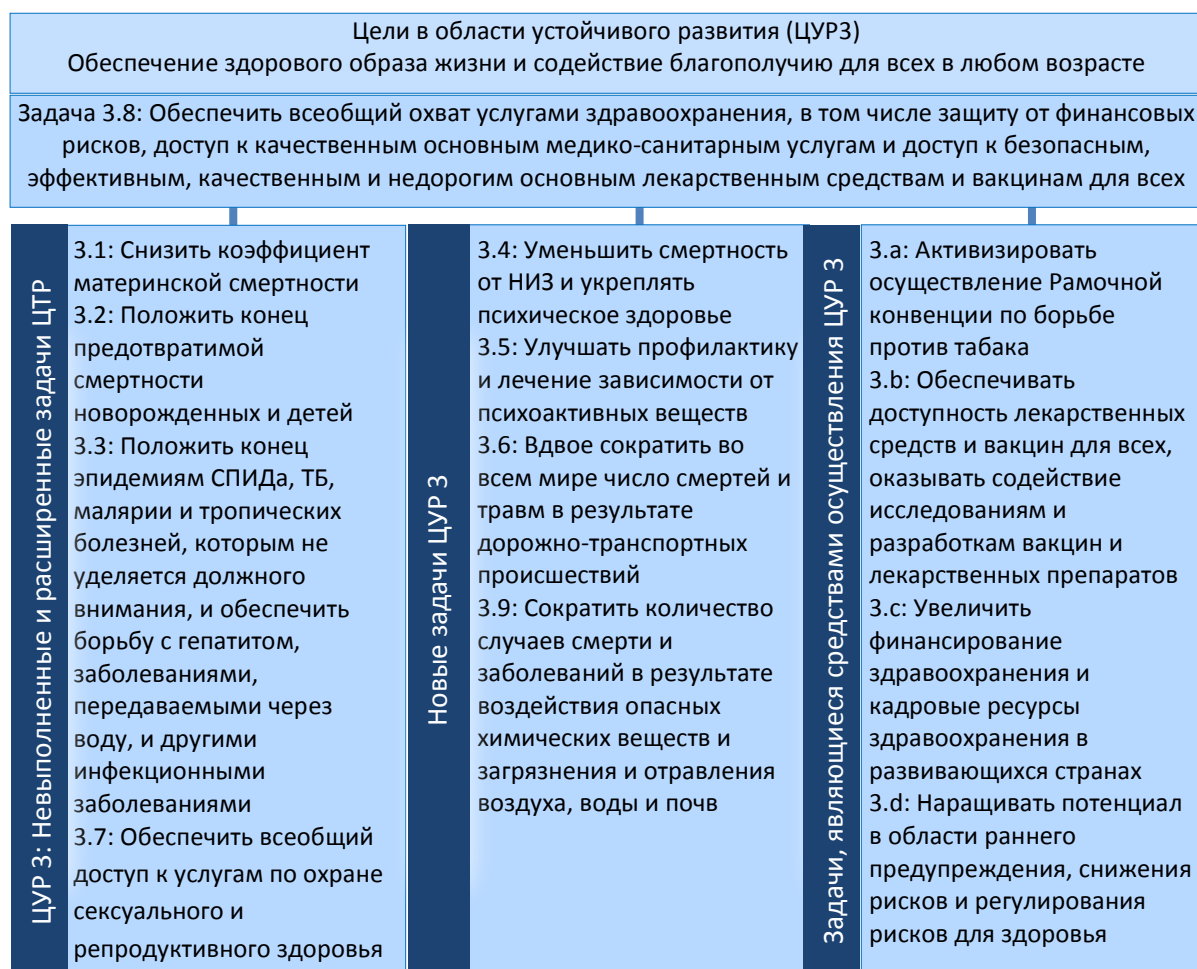
- ВОЗ начала обсуждение того, как Цели в области устойчивого развития отразятся на деятельности ВОЗ по оказанию поддержки странам. Текст декларации под названием «Преобразование нашего мира: повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г.» служит хорошей отправной точкой, так как всеобщий охват населения медицинской помощью в ней рассматривается в качестве задачи, являющейся основой и играющей ключевую роль в реализации многих других задач

«Для укрепления физического и психического здоровья, повышения благополучия и увеличения средней продолжительности жизни для всех мы должны обеспечить всеобщий охват населения медицинской помощью и доступ к качественному медицинскому обслуживанию. Никто не должен быть забыт ...»

- В недавней публикации ВОЗ¹ эти отношения показаны в виде схемы (см. Рисунок 1). В ней также утверждается, что при решении новых задач в области здравоохранения нельзя вести дела как обычно. Одной из общепризнанных проблем эпохи Целей тысячелетия в области развития была раздробленность страновых систем здравоохранения, что является результатом создания отдельных программ, каждая из которых ориентирована на решение своих собственных задач без должного внимания влиянию на систему здравоохранения в целом.
- Учитывая, что 13 задач, касающихся здравоохранения, охватывают большую часть национальных проблем в области здравоохранения, подход к развитию национального здравоохранения с опорой на отдельные, обособленные друг от друга программы был бы контрпродуктивным. В настоящее время формируется все более широкий консенсус относительно того, что в контексте новой повестки дня отдельные программные области должны способствовать реализации общего плана или стратегии страны в сфере здравоохранения, а также функционировать в их рамках.

¹ Health in 2015: from MDGs to SDGs. Geneva: World Health Organization; 2015.

Рисунок 1. Механизм достижения Цели в области устойчивого развития 3 в отношении здоровья и благополучия и связанных с ней задач в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г.



Взаимодействие с ЦУР по экономическим и другим социальным и экологическим вопросам, а также с ЦУР 17 по средствам осуществления

Сложные проблемы требуют межсекторальных решений

Хотя обеспечение всеобщего охвата населения медицинской помощью является объединяющим фактором для сектора здравоохранения, одно из существенных отличий Целей в области устойчивого развития от Целей тысячелетия в области развития заключается в уделении большего внимания проблемам здравоохранения, которые не поддаются решению чисто техническими средствами и которые не вписываются полностью в рамки того или иного сектора. Это особенно справедливо для повестки дня в отношении неинфекционных заболеваний, которая будет рассмотрена более подробно ниже в контексте обсуждения приоритетов в области лидерства. Тем не менее, в посвященной Целям в области устойчивого развития Декларации Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, принятой резолюцией 70/1¹, мало внимания уделено двум из наиболее острых межсекторальных проблем, с которыми сталкивается глобальное здравоохранение: проблема устойчивости к противомикробным препаратам упоминается практически как дополнение в разделе декларации, касающемся вопросов здравоохранения, и отсутствует в разделе, посвященном целям. Кроме того, проблемы здоровья стареющего населения упоминаются только в контексте Цели 2, касающейся питания, и Цели 11, касающейся городов (безопасная среда), но отсутствуют в разделе, посвященном здравоохранению.

¹ Преобразование нашего мира: повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. См. http://www.un.org/ru/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1 (по состоянию на 7 апреля 2016 г.).

- В противоположность этому вопросы здорового старения и устойчивости к противомикробным препаратам в последние два года превратились в важнейшие приоритеты ВОЗ.
- Во *Всемирном докладе о старении и здоровье*¹ подчеркивается важность поддержания функциональной способности как основного показателя благополучной старости. В докладе также акцентируется важность взаимосвязи между здоровьем, занятостью и политикой в области пенсионного обеспечения, а также здравоохранением и социальным обеспечением. Разработанные в докладе стратегии лягут в основу новой глобальной стратегии и плана действий по проблемам старения и здоровья, которые будут рассматриваться с целью принятия на Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2016 году²
- Поскольку вопрос об устойчивости к противомикробным препаратам был отмечен в Двенадцатой общей программе работы в качестве проблемы, вызывающей обеспокоенность, ВОЗ проводила обсуждение этой проблемы с партнерами из других секторов, в частности с ФАО и МЭБ. В 2015 году Ассамблеей здравоохранения был принят глобальный план действий в области устойчивости к противомикробным препаратам³; устойчивость к противомикробным препаратам была одной из трех проблем здравоохранения, включенных в коммюнике совещания Группы семи 2015 г.; был подготовлен совместный документ (ВОЗ, ФАО, МЭБ), призванный служить руководством в разработке национальных планов; и в настоящее время планируется вынести вопрос об устойчивости к противомикробным препаратам на рассмотрение Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций в 2016 году.

Более пристальное внимание средствам, при помощи которых могут быть достигнуты более высокие конечные результаты

Цели тысячелетия в области развития были сосредоточены главным образом на совокупных результатах. По мере усложнения повестки дня возникает необходимость уделения более пристального внимания средствам, при помощи которых результаты могут быть достигнуты. Именно по этой причине в Двенадцатой общей программе работы гораздо больше внимания уделено укреплению систем здравоохранения (что будет рассматриваться более подробно в разделе, посвященном приоритетам в области лидерства) и фундаментальным ценностям, лежащим в основе работы ВОЗ.

- Учет гендерной проблематики, вопросы обеспечения равенства и соблюдение прав человека⁴ продолжают служить ориентиром для деятельности ВОЗ во всех программных областях. ВОЗ привержена осуществлению Общесистемного плана действий Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин как в рамках самой Организации, так и в рамках политики и программ, которые поддерживает ВОЗ. Например, ввиду преобладания женщин в составе медицинских кадров во всем мире гендерным вопросам отведено значительное место в документе 2014 г. о выполнении положений Ресифийской политической декларации по трудовым ресурсам здравоохранения и в последующей глобальной стратегии по развитию кадровых ресурсов здравоохранения на период до 2030 г., которая будет представлена на Всемирной ассамблее здравоохранения в 2016 году.
- Мониторинг прогресса в деле обеспечения большего равенства в сфере здравоохранения осуществляется с использованием дезагрегированных данных Глобальной обсерватории здравоохранения⁵. Все три основные проблемы – учет гендерной проблематики, обеспечение равенства и соблюдение прав человека – будут оставаться в центре мирового внимания при переходе к Целям устойчивого развития и идее о том, что никто не должен быть забыт.

¹ См. программную область 3.2, Старение и здоровье.

² Документ A69/17.

³ См. резолюцию WHA68.7.

⁴ См. программную область 3.3, Интеграция гендерных аспектов, справедливости и прав человека.

⁵ См. <http://www.who.int/gho/ru/>.

(с) **Здравоохранение и гуманитарная деятельность**

Уже много сказано и написано о том, как ВОЗ и мир в целом реагировали на вспышку Эболы, и мы не будем повторять это здесь. В данном случае необходимо выделить факторы, которые будут влиять на эффективность работы ВОЗ в условиях будущих кризисов.

Из этого опыта можно вынести один важный урок. В разделе, посвященном будущим проблемам, Двенадцатая общая программа работы содержит указание на связь между безопасностью в области здравоохранения и гуманитарной деятельностью. И именно эта связь, точнее неспособность установить такую связь достаточно быстро или эффективно, может рассматриваться в качестве одного из важнейших уроков, вынесенных из кризиса.

Пандемический грипп и тяжелый острый респираторный синдром были в первую очередь кризисами в области *здравоохранения*. И хотя они имели серьезные экономические последствия, они не приводили, за редкими исключениями, к серьезным гуманитарным катастрофам. Вспышка Эболы совпала по времени с чрезвычайной ситуацией в Сирийской Арабской Республике и острыми или хроническими конфликтами в ряде других стран. Эти кризисы носят преимущественно *гуманитарный* характер. Безусловно, они оказывают существенное воздействие на здоровье людей, однако проблемы охраны здоровья составляют неотъемлемую часть мер реагирования, но не играют в этих кризисах ведущую роль.

- Тем не менее, в 2014 г., как только Эбола достигла городов Западной Африки, это стало одновременно кризисом в области здравоохранения и гуманитарным кризисом, который, однако, рассматривается в первую очередь как кризис в области здравоохранения. То обстоятельство, что не были задействованы ресурсы гуманитарного сектора и не была признана необходимость принятия глобальных ответных мер на самом высоком уровне власти в затронутых странах и за их пределами, а также то, что Эбола рассматривалась в первую очередь как проблема в области здравоохранения, для решения которой ВОЗ использовала свои рутинные процессы и процедуры, служит основой для многочисленных критических замечаний, которые стали высказываться в период после кризиса. Напротив, когда ВОЗ использовала свои традиционные преимущества для привлечения лучших представителей научного мира с целью скорейшего создания диагностических средств и вакцин, ее успех получил широкое одобрение¹.
- Необходимость повысить эффективность ВОЗ как участника гуманитарной деятельности лежит в основе нынешних предложений по реформированию Организации. Достигнута договоренность, что ВОЗ не должна заниматься всеми вопросами, и нет необходимости в отдельной организации. Необходимость, скорее, заключается в том, чтобы ВОЗ наладила тесные и организационно закрепленные связи с другими крупными участниками гуманитарной деятельности в рамках Организации Объединенных Наций и более широкой международной системы.
- Кроме того, в условиях будущих чрезвычайных ситуаций ВОЗ понадобятся системы и процедуры, позволяющие реагировать быстро и согласованно, с четкими цепочками управления и контроля, необходимыми для обеспечения быстрого развертывания людских, финансовых и материальных ресурсов². В этой связи приводятся доводы в пользу создания автономной «организации внутри организации», которая могла бы полностью взять на себя управление в условиях любого кризиса. Вместе с тем, вполне вероятно, что здесь потребуется более тонкий подход, позволяющий более точно выявить ресурсы, которые могут быть задействованы в ситуации на различных уровнях ВОЗ, и более четко определять границы и пределы «чрезвычайных полномочий» в различных видах кризисов, особенно в странах, сталкивающихся с хроническими чрезвычайными гуманитарными ситуациями.

¹ См. программную область 1.5, Болезни, предупреждаемые с помощью вакцин.

² См. программную область 5.6, Реагирование на вспышки и кризисы.

Финансовые уроки Эболы

В 2015 г. ВОЗ потратила 240 млн. долл. США на ответные меры в связи с Эолой в дополнение к 72 млн. долл. США, выделенным в 2014 году. Уроки, извлеченные из этого кризиса, теперь используются в контексте обзора возможностей ВОЗ для реагирования на будущие крупномасштабные чрезвычайные ситуации в области здравоохранения. В некоторых отделениях неправильное понимание установленных процедур способствовало задержкам в осуществлении и/или приводило к повышению уровня операционного риска. Более важный урок (который был очевиден уже после пандемии H1N1) заключается в том, что в распоряжении Организации должен иметься источник гибкого финансирования, позволяющий быстро выделять средства в начале любого кризиса. Отвергнув аналогичное предложение в 2011 г., руководящие органы ВОЗ договорились о создании нового Фонда непредвиденных расходов для чрезвычайных ситуаций (резолюция A68/51). Сумма Фонда должна составить 100 млн. долл. США, и несколько членов обещали внести свой взнос, однако текущее сальдо имеющихся в наличии денежных средств и обязательств составляет 25 млн. долл. США¹.

(d) Новые проблемы в области стратегического руководства здравоохранением

В Двенадцатой общей программе работы основные проблемы в области стратегического руководства здравоохранением кратко охарактеризованы следующим образом:

«Увеличивается число касающихся здоровья вопросов, для решения которых требуется проведение деликатных переговоров в целях обеспечения баланса между политическими и техническими аспектами; ... [а] расширяется круг субъектов, вовлеченных в глобальное здравоохранение, что затрудняет выполнение ВОЗ своей координирующей и руководящей роли; ... [и] растет заинтересованность в том, чтобы при осуществлении руководства в других секторах экономики и на других политических аренах не был причинен вред здоровью, а в идеале – обеспечивалось положительное воздействие на него».

Эти проблемы проявлялись на протяжении всего двухлетнего периода: в ходе обсуждения Ассамблей здравоохранения ряда новых глобальных стратегий; в дискуссиях по вопросу о реформировании «архитектуры глобального здравоохранения»; а также при разработке и обсуждении Целей в области устойчивого развития.

- В последние два года были приняты резолюции по ряду ключевых областей. Стратегии по борьбе с туберкулезом, гепатитом, малярией и план действий «За жизнь каждого ребенка»² очень важны как сами по себе, так и в качестве средства подготовки новых задач на период после 2015 г. к включению в систему мониторинга осуществления Целей в области устойчивого развития и обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения.
- Прочной основой подхода к оказанию услуг в рамках всеобщего охвата услугами здравоохранения являются четыре отдельные резолюции, касающиеся различных аспектов интегрированных социально ориентированных медицинских услуг. Проводимая на протяжении двухгодичного периода работа над новой глобальной стратегией по развитию кадровых ресурсов здравоохранения на период до 2030 г.³, вместо ориентирования исключительно на страны, сталкивающиеся с серьезной нехваткой кадровых ресурсов в силу изоляции, опирается на подлинно глобальный и многосекторальный подход, в рамках которого проблемы кадровых ресурсов здравоохранения рассматриваются в большей степени с точки зрения динамики рынка труда во всем мире и как вопрос, имеющий важнейшее значение для гендерного равенства. Такой подход стал основой деятельности новой, созданной на ограниченный срок

¹ См. http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/contingency-fund/ru/.

² См. программную область 3.1, Репродуктивное здоровье, здоровье матерей, новорожденных, детей и подростков.

³ См. программную область 4.2, Интегрированное и ориентированное на людей медицинское обслуживание.

Комиссии высокого уровня Организации Объединенных Наций по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста, назначенной Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций, сопредседателями которой стали главы государств Франции и Южной Африки. Как и в случае с предпринятыми ранее усилиями в области неинфекционных заболеваний, эта Комиссия является еще одним примером того, как ВОЗ подняла вопрос, который ранее рассматривался исключительно как проблема здравоохранения, на уровень внешней политики и привлекла к нему внимание высших эшелонов государственной власти.

- В последнее время много внимания в мире уделяется структурам и системам укрепления безопасности в области здравоохранения. Однако задача уменьшения раздробленности и дублирования усилий в секторе здравоохранения в более общем плане – особенно в странах с большим числом партнеров в области развития – остается серьезной проблемой для многих государств-членов. В самом деле, идея единого плана, единого бюджета и единой системы мониторинга и оценки по-прежнему еще далека от реализации во многих странах, которые испытывают в этом наиболее острую потребность. На глобальном уровне такие инициативы, как Комиссия ЮНЭЙДС и журнала «Ланцет» под названием «Победа над СПИДом – улучшение глобального здоровья», в которой участвовала ВОЗ, способствовали определению важнейших проблем, однако их влияние на организационную структуру носит ограниченный характер. Ввод в действие в 2015 г. Глобального механизма финансирования¹, призванного использовать внешние источники финансирования для мобилизации внутренних ресурсов в целях поддержки репродуктивного здоровья, охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, может (при дополнительной поддержке Партнерства по охране здоровья матерей, новорожденных и детей) обеспечить большую согласованность там, где имеется большое число различных партнеров. Тем не менее, этот механизм не может удовлетворить потребность в секторальной политике и стратегиях, охватывающих все программы, а не отдельные группы программ. Международное партнерство в области здравоохранения продолжает свою работу в ограниченном числе стран и (как отмечалось выше) будет уделять все больше внимания тем из них, кто находится в наиболее тяжелых условиях.
- Многим работникам здравоохранения приходится овладевать новым навыком – дипломатией в области здравоохранения. Аналогичным образом для состоящих на дипломатической службе лиц, ведущих переговоры от имени своих стран, важно понимать специфику сектора здравоохранения. В связи с этим расширяющимся направлением работы является обучение навыкам дипломатии в области здравоохранения, которое теперь является обязательным для всех представителей ВОЗ. В настоящее время на региональном уровне (например, в Регионе Восточного Средиземноморья) и на страновом уровне (например, в Китае) ВОЗ проводит курсы подготовки для старших должностных лиц, участвующих в работе совещаний руководства ВОЗ, а также совещаний по вопросам здравоохранения в Организации Объединенных Наций.
- Стратегическое руководство в интересах здоровья – функция, связанная с информационно-пропагандистской работой и выработкой государственной политики и призванная оказывать влияние на стратегическое руководство в других секторах в целях положительного воздействия на здоровье, – занимает все более важное место в работе ВОЗ. Главной задачей последних двух лет было включение проблем здравоохранения в Цели в области устойчивого развития. Как было отмечено выше, итог был положительным, и большинство вопросов, сформулированных в Двенадцатой общей программе работы, нашли свое место среди нового поколения целей и задач. Кроме того, взаимосвязанность целей придает дополнительную легитимность работе ВОЗ по привлечению большего внимания к проблемам здравоохранения.
- В то время как ВОЗ принимает все более активное участие в основных глобальных процессах, оказывающих воздействие на здоровье, вследствие многообразия соперничающих мнений все сложнее становится задача представить убедительные доказательства влияния ВОЗ. Тем не менее, в качестве примера можно привести подробные брифинги для региональных

¹ См. <http://www.who.int/pmnch/gff/ru/>, по состоянию на 7 апреля 2016 года.

директоров ВОЗ, благодаря которым сотрудники региональных и страновых отделений смогли воспользоваться своим влиянием для информирования правительств государств-членов о том, как может сказаться на доступе к лекарствам¹ создание Транстихоокеанского партнерства – многостороннего торгового соглашения. Окончательный текст этого соглашения свидетельствует о том, что развивающиеся страны достигли многих своих заявленных целей. Аналогичным образом, на двадцать первой сессии Конференции Сторон Рамочной конвенции Организации Объединенных Наций об изменении климата была поставлена цель продемонстрировать множество областей, в которых экологическое соглашение позволяет добиться положительных результатов для здоровья (например, посредством использования устойчивого транспорта и сокращения загрязнения воздуха²). И хотя в итоговом документе не упоминаются отдельные секторы, важно отметить, что подходы к изменению климата в нем обосновываются с точки зрения права на здоровье.

- В Коммюнике совещания Группы семи 2015 г., проходившего в период председательства Германии, в специальном разделе, посвященном здравоохранению, были рассмотрены не только проблемы Эболы и безопасности в области здравоохранения, но и вопросы устойчивости к противомикробным препаратам, проведения научных исследований и разработок в области забытых тропических болезней, а также меры, направленные на то, чтобы положить конец предотвратимой смертности детей и улучшить здоровье матерей во всем мире. Инициатива под названием «Здоровые системы – здоровая жизнь» будет продолжена в 2016 г. при председательстве Японии в Группе семи.
- Хотя дипломатия, касающаяся вопросов здравоохранения, сосредоточена преимущественно на глобальном уровне, все большее значение приобретают региональные соглашения. Соглашение, которое было недавно достигнуто совместно Региональным бюро для стран Юго-Восточной Азии и Региональным бюро для стран Западной части Тихого океана с Ассоциацией государств Юго-Восточной Азии (на период 2014–2017 гг.), обязывает обе стороны осуществлять сотрудничество в целом ряде областей, связанных с приоритетами ВОЗ в области лидерства, в том числе по таким вопросам, как новые инфекционные заболевания, здоровые границы, устойчивость к противомикробным препаратам, доступ к лекарственным средствам и технологиям и социальные детерминанты здоровья.

¹ См. программную область 4.3, Доступ к лекарственным средствам и технологиям здравоохранения и укрепления потенциала регулирования.

² См. программную область 3.5, Здоровье и окружающая среда.

2. ПРИОРИТЕТЫ ВОЗ В ОБЛАСТИ ЛИДЕРСТВА

Шесть приоритетов в области лидерства, описанных в Двенадцатой общей программе работы, определяют направление деятельности ВОЗ. Они были выбраны с целью высветить те области, где информационно-пропагандистская работа ВОЗ и ее техническое лидерство способны определять проблематику глобальной дискуссии, обеспечивать вовлеченность стран и активизировать работу Организации путем объединения усилий всех уровней ВОЗ и на всех этих уровнях. В настоящем разделе приводится краткая характеристика каждого из этих приоритетов. Более подробная информация о конкретных программных компонентах приоритетов в области лидерства приводится в основных посвященных программным областям подразделах раздела 1 доклада.

(а) Обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения

После того как в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г.* была заложена основа концепции всеобщего охвата услугами здравоохранения, ее внедрение во все большем числе стран как объединяющей стратегии в секторе здравоохранения происходит во многом благодаря ВОЗ. Аналогичным образом, включение обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения в Цели в области устойчивого развития в качестве одной из целевых задач в рамках Цели 3 стало отражением массовой поддержки этой концепции со стороны правительств многих стран и, что существенно, большого числа групп гражданского общества.

Хотя прогресс, достигнутый на сегодняшний день, обнадеживает, необходимо, чтобы обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения продолжалось и в ближайшие годы оставаться одним из приоритетов ВОЗ в области лидерства. Предстоит сделать еще многое, и потребуется еще урегулировать ряд разногласий.

- Обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения актуально для всех стран, независимо от того, на каком этапе развития они находятся. На концептуальном уровне его компоненты четко сформулированы и включают постепенное обеспечение всеобщего доступа ко всем необходимым услугам и защиту от неблагоприятных финансовых последствий. Однако практическая реализация концепции всеобщего охвата услугами здравоохранения включает также важный региональный аспект. Например, Европейский регион с его многообразием систем финансирования и предоставления услуг обеспечивает богатый сравнительный опыт, на который могут опираться другие регионы. В Северной и Южной Америке всеобщий охват услугами здравоохранения считается вопросом, носящим в высшей степени политический характер, и во многих странах рассматривается в качестве средства сокращения растущего неравенства. В других частях мира, особенно в Регионе Восточного Средиземноморья, где многие страны страдают от хронических чрезвычайных ситуаций, с обеспечением всеобщего охвата услугами здравоохранения связаны надежды на возможность лучшего будущего. Вполне вероятно, что элементы такой «региональной ДНК» будут продолжать накладывать отпечаток на дальнейшее развитие событий, и ВОЗ будет использовать свои региональные структуры для адаптации глобальных директивных указаний к сложившимся условиям.
- В ходе обсуждения Целей в области устойчивого развития делались попытки убедить некоторые из наиболее скептически настроенных стран в важности обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. При этом одна из основных задач заключалась в том, чтобы показать, что прогресс на пути к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения может быть измерен. Одним из значительных достижений двухлетнего периода стал механизм мониторинга доступа к услугам и финансовой защиты с ограниченным числом показателей, который был разработан ВОЗ совместно с Всемирным банком. Тем не менее, предстоит еще многое сделать для того, чтобы показатели, используемые для мониторинга Целей в области устойчивого развития, в полной мере отражали согласованные показатели оценки обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения – особенно в области финансовой защиты.
- Еще один спорный вопрос касается того, в какой степени всеобщий охват услугами здравоохранения представляет собой объединяющую концепцию для достижения целей всех задач в рамках Целей устойчивого развития, касающихся здравоохранения. Хотя принятое ВОЗ

определение всеобщего охвата услугами здравоохранения включает доступ к услугам, связанным с социальными детерминантами здоровья, многие рассматривают всеобщий охват услугами здравоохранения в первую очередь как стратегию, ориентированную на сектор здравоохранения и на медицинские услуги. В условиях, когда страны начинают формулировать стратегии достижения новых целей, это именно та область, где потребуются обеспечение большей ясности. Вполне возможно, что всеобщий охват услугами здравоохранения представляет собой только *одну* объединяющую концепцию, как это было показано выше на Рисунке 1. Тем не менее, принимая во внимание все возрастающую значимость стратегического руководства в интересах здоровья (или учета вопросов здравоохранения во всех стратегиях)¹, концепция всеобщего охвата услугами здравоохранения сама по себе недостаточна для того, чтобы отразить всю широту новой повестки дня по достижению Целей в области устойчивого развития.

- На данный момент финансовый аспект концепции всеобщего охвата услугами здравоохранения предусматривал главным образом финансовую защиту, при этом во многих странах с низким уровнем доходов особое внимание уделялось сокращению бремени наличных платежей, которые могут привести к обнищанию населения. Хотя эта работа по-прежнему остается весьма важной, она должна быть дополнена мерами по повышению эффективности и результативности внутренних расходов, для чего необходимо уделять более пристальное внимание использованию финансовых стимулов (увязанных с достижением результатов) для повышения эффективности работы.

(b) Цели тысячелетия в области развития, связанные со здоровьем: нерешенные вопросы и будущие проблемы

Завершение программы работы по Целям тысячелетия в области развития было включено в число приоритетов в области лидерства по ряду причин. Во-первых, в связи с тем, что страны со всеми уровнями доходов настаивали на том, чтобы обсуждение нового поколения целей в области развития не оказывало негативного влияния на предпринимаемые в настоящее время усилия. Кроме того, было важно, чтобы уроки, извлеченные из опыта реализации Целей тысячелетия в области развития, были использованы при формулировании Целей в области устойчивого развития. Во-вторых, программы, предусмотренные этой приоритетной областью, вместе с ликвидацией забытых тропических болезней и полиомиелита являются одним из основных направлений деятельности ВОЗ, способствующей сокращению бедности. В-третьих, повестка дня, охватывающая Цели тысячелетия в области развития, как сказано в Двенадцатой общей программе работы, «объединяет в рамках единого приоритета сразу несколько аспектов деятельности ВОЗ; в частности, необходимость создания надежных систем здравоохранения и эффективных учреждений здравоохранения ...»

- Первая причина, по которой программа работы по достижению Целей тысячелетия в области развития является одним из приоритетов, имеет четкое и понятное объяснение. Цели в области устойчивого развития продолжают линию предшествующего поколения целей и ставят более амбициозные задачи в области здравоохранения. Кроме того, свое место в программе работы по достижению Целей в области устойчивого развития теперь нашли забытые тропические болезни². Ликвидация полиомиелита отдельно не упоминается, однако эта задача подразумевается в рамках задачи 3.3, касающейся инфекционных заболеваний³.
- Помимо этого, все шире признается тот факт, что забытые тропические болезни более не могут оставаться без внимания, отчасти из-за их потенциального влияния на безопасность в области здравоохранения, но не в меньшей степени и потому, что они являются проявлением абсолютной нищеты и препятствием для любого разумного представления о том, что включает устойчивое развитие.

¹ См. программную область 3.4, Социальные детерминанты здоровья.

² См. программную область 1.4, Забытые тропические болезни.

³ См. рисунок 1. Механизм достижения Цели в области устойчивого развития 3 в отношении здоровья и благополучия и связанных с ней задач в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года.

- Третье соображение – роль программы работы по достижению Целей тысячелетия в области развития как объединяющей силы в рамках ВОЗ – требует более глубокого анализа. Наблюдаются позитивные тенденции, такие как согласование «Глобального справочного перечня по 100 основным показателям здоровья»¹. Однако перечень показателей, который предоставляет краткую информацию о ситуации и тенденциях в области здравоохранения, выходит далеко за рамки Целей тысячелетия в области развития и включает факторы риска неинфекционных заболеваний, а также критерии оценки эффективности системы здравоохранения. Кроме того, в соответствующей документации, в том числе в глобальных стратегиях, программы ВОЗ, связанные с Целями тысячелетия в области развития, теперь содержат упоминание о роли этих показателей как важнейших компонентов всеобщего охвата услугами здравоохранения.
- Хотя некоторые из основных доноров ВОЗ указывают завершение программы работы по достижению Целей тысячелетия в области развития в качестве одной из приоритетных причин для оказания финансовой поддержки ВОЗ, есть ряд вопросов, которые необходимо рассмотреть в аспекте этого приоритета в области лидерства. Выполняет ли программа свою первоначальную задачу по обеспечению организационной интеграции? Будет ли концепция всеобщего охвата услугами здравоохранения обеспечивать столь же эффективную или, возможно, более мощную и адекватную объединяющую структуру? С учетом нынешней структуры бюджета и планирования, в которой каждая программа рассматривается в качестве отдельного и потенциально конкурирующего с другими бюджетного центра, какие еще меры необходимо принять для стимулирования большей интеграции программ?

(с) Решение проблемы неинфекционных заболеваний, психического здоровья, насилия, травм и инвалидности

Приоритет в области лидерства, касающийся неинфекционных заболеваний, примыкает к Категории 2 в структуре Программного бюджета и охватывает пять программных областей, относящихся к Категории 2. Он был включен в число приоритетов в области лидерства в первую очередь из-за разрушительных социально-экономических последствий, которые наступят в случае отсутствия более эффективных мер по борьбе с неинфекционными заболеваниями.

- Несомненно, ВОЗ играет главную роль в повышении значимости проблемы неинфекционных заболеваний как на глобальном, так и на региональном уровне. В отличие от ситуации, имевшей место в начале этого десятилетия, когда неинфекционные заболевания не считались и не признавались в качестве серьезной проблемы, особенно во многих странах с низким уровнем доходов, нынешняя повестка дня по неинфекционным заболеваниям занимает центральное место в глобальной повестке дня в области здравоохранения, а неинфекционным заболеваниям отведено видное место среди Целей в области устойчивого развития².
- Ключевая стратегия в области лидерства заключается в доведении проблемы неинфекционных заболеваний до сведения глав государств и правительств в Организации Объединенных Наций. Два проведенных подряд совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций позволили повысить осведомленность по этой проблеме широкого круга лиц, обладающих политической властью, и, что существенно, в результате был принят ряд обязательств с установленными сроками исполнения в отношении национальных целевых задач, межсекторальных планов действий, снижения рисков с помощью методики «наиболее выгодных покупок» для борьбы с неинфекционными заболеваниями и повышения эффективности систем здравоохранения.

¹ См. программную область 4.4, Системы здравоохранения, информация и фактические данные.

² См. программную область 2.1, Неинфекционные заболевания.

- В последние годы взаимодействие с Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций было направлено на решение проблем безопасности дорожного движения¹, питания² и инвалидности. Сложнее, однако, было найти спонсоров, которые занялись бы решением на высоком уровне вопросов психического здоровья, хотя специфическим, но все более распространяющимся проблемам деменции и расстройств аутистического спектра внимание уделялось.
- По мере повышения осведомленности растет и спрос стран на техническую поддержку, которую ВОЗ сама по себе не может удовлетворить в достаточном объеме. Новая Межучрежденческая целевая группа Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними оказывает содействие, обеспечивая глобальный координационный механизм для тех партнеров Организации Объединенных Наций, которые могут вносить свой вклад в принятие мер на страновом уровне. Однако прогресс в практическом взаимодействии на страновом уровне тормозится, поскольку у других учреждений Организации Объединенных Наций нет бюджетных статей, предназначенных для осуществления деятельности в областях, рассматриваемых прежде всего как проблемы здравоохранения.
- Проблема неинфекционных заболеваний является проблемой стратегического руководства в области здравоохранения. Тем не менее, на глобальном уровне между государствами-членами по-прежнему отмечаются глубокие расхождения, когда речь идет о взаимодействии с частным сектором. На страновом уровне был достигнут значительный прогресс в области борьбы с табаком. На Конференции Организации Объединенных Наций по финансированию развития в 2015 г. введение дополнительных сборов с продаж было признано в качестве одной из стратегий мобилизации ресурсов для правительств.
- Прогресс в других областях на страновом уровне идет медленными темпами. Как показал недавний диалог о роли международного сотрудничества в профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, ведущие агентства по вопросам развития не проявляют большого стремления предоставлять существенную финансовую помощь. Поэтому прогресс будет зависеть от внутренних ресурсов. В то же время, несмотря на разработанные во многих странах амбициозные многосекторальные планы действий, многие правительства по-прежнему не взяли на себя руководящую роль в создании необходимой политической и институциональной среды для межсекторальной деятельности, продолжая полагаться на недостаточно обеспеченные ресурсами департаменты по неинфекционным заболеваниям в составе министерств здравоохранения.
- С учетом этих проблем целесообразно сохранить за неинфекционными заболеваниями статус одного из приоритетов ВОЗ в области лидерства. К числу новых перспективных направлений относится выбор 12 стран для ускоренного достижения поставленных целей с рассмотрением результатов на Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций в 2018 г., а также уделение большего внимания работе с городскими администрациями – учитывая важную роль стремительной урбанизации в причинно-следственной цепи, приводящей к возникновению неинфекционных заболеваний. В рамках ВОЗ по-прежнему стоит задача повышения уровня взаимодействия между программами, относящимися к Категории 2, и налаживания более тесного сотрудничества с департаментами систем здравоохранения в штаб-квартире и в региональных бюро в целях обеспечения того, чтобы при укреплении систем здравоохранения в большей степени учитывались атрибуты, необходимые системам для повышения эффективности профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними.

¹ См. программную область 2.3, Насилие и травматизм.

² См. программную область 2.5, Питание.

(d) Соблюдение требований Международных медико-санитарных правил (2005 г.)

В опубликованном в 2011 г. Докладе Комитета по рассмотрению функционирования Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в связи с пандемией (H1N1) – 2009 был сделан вывод о том, что мир плохо подготовлен к реагированию на тяжелые пандемии или любые подобные глобальные устойчивые чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения. Поэтому вполне логично, что акцент на соблюдении положений Международных медико-санитарных правил (2005 г.) был выбран в качестве приоритета в области лидерства на момент подготовки Двенадцатой общей программы работы. Последующие события отчетливо продемонстрировали жизненно важное значение Правил, однако в равной мере высветили недостатки в соблюдении государствами-членами юридически обязательного документа, а также слабые стороны подхода к соблюдению Правил¹.

- В докладе Группы по промежуточной оценке Эболы содержится краткий вывод: «Кризис, связанный с Эолой, вновь высветил недостатки этого документа и его применения государствами и Секретариатом ВОЗ в нынешней редакции: (i) государства-члены в значительной мере не реализовали основные возможности, особенно в области эпиднадзора и сбора данных, которые предписываются Международными медико-санитарными правилами (2005 г.); (ii) в нарушение Правил почти четверть государств – членом ВОЗ ввели запреты на поездки и другие дополнительные меры, которые ВОЗ не требовала, что создало существенные препятствия для международных поездок, вызвав негативные политические, экономические и социальные последствия для затронутых стран, и (iii) имела место существенная и неоправданная задержка с объявлением со стороны ВОЗ чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение (ЧСОЗМЗ)»².
- В прошлом в своей деятельности ВОЗ уделяла основное внимание наращиванию потенциала, зачастую при отсутствии достаточных ресурсов, при этом ответственность за представление отчетности на основе самооценки возлагалась на страны³. В настоящее время предлагается укрепить подход к наращиванию потенциала в целом с помощью создания нового альянса с Глобальной инициативой по обеспечению здоровья населения. Новый альянс будет проводить совместные оценки более широкого диапазона возможностей, привлекать ресурсы для стран и применять более строгий подход к отчетности.
- До кризисов в области здравоохранения, произошедших в течение последних двух лет, работа по реализации положений Международных медико-санитарных правил (2005 г.) на страновом уровне велась в отрыве от работы по укреплению систем здравоохранения. Опыт последнего времени наглядно продемонстрировал, что такой подход несостоятелен. «Большинство наименее развитых и развивающихся стран с плохо функционирующими системами здравоохранения крайне уязвимы и плохо подготовлены к реагированию на стихийные бедствия, политические, социальные и экономические кризисы и конфликты, эпидемии, загрязнение окружающей среды и другие угрозы»⁴. Поэтому создание устойчивых систем здравоохранения является само по себе благом, а также критически важным элементом укрепления глобальной и национальной безопасности в области здравоохранения.
- Несмотря на то, что наращивание потенциала по-прежнему является необходимым компонентом повышения эффективности Правил, очевидно, что этого недостаточно. Необходимы дополнительные усилия для обеспечения соблюдения странами своих обязанностей, предусмотренные Международными медико-санитарными правилами (2005 г.). В Промежуточном докладе содержится ряд соответствующих рекомендаций, включая необходимость использования механизмов финансирования (например, посредством

¹ См. <http://www.who.int/ihr/about/en/>.

² См. http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/en/.

³ См. программную область 5.1, Возможность в области оповещения и принятия ответных мер.

⁴ *Health systems for universal health coverage and health security: a country and global agenda*. Документ, подготовленный для Совещания экспертов в области здравоохранения Группы семи 18–19 февраля в Токио, Япония.

страхования) для смягчения неблагоприятных экономических последствий и создания реальных стимулов для своевременного оповещения о рисках для общественного здравоохранения. В нем также отмечается возможность применения сдерживающих мер, препятствующих совершению странами действий, создающих помехи для торговли или предоставления материальной помощи пострадавшим странам.

- И наконец, Международные медико-санитарные правила (2005 г.) получили широкое признание в сообществе здравоохранения, но меньше за его пределами. Учитывая то, что было сказано выше о связи между здравоохранением и гуманитарной деятельностью, крайне важно, чтобы соблюдение Правил стало задачей также и гуманитарных организаций.

(е) Расширение доступа к основной высококачественной, эффективной и приемлемой по цене медицинской продукции

Справедливость в общественном здравоохранении определяется наличием доступа к основной высококачественной и приемлемой по цене медицинской продукции: лекарственным препаратам, вакцинам и средствам диагностики. Обеспечение доступа к медицинской продукции как область, в которой ВОЗ традиционно обладает сравнительными преимуществами, было включено в Двенадцатую общую программу работы в качестве одного из более конкретных приоритетов в области лидерства. Эта работа сосредоточена в Департаменте по основным лекарственным средствам и медицинской продукции в штаб-квартире и соответствующих подразделениях в региональных бюро; одним из направлений является разработка политики в отношении вакцин. Кроме того, расширение доступа к лекарственным препаратам и средствам диагностики входит в число промежуточных результатов нескольких программных областей.

- Обеспечение доступа к основным лекарственным препаратам и вакцинам в настоящее время прямо признается одним из важнейших компонентов всеобщего охвата услугами здравоохранения согласно Задаче 3.8 в рамках Целей в области устойчивого развития.
- Деятельность ВОЗ включает спецификацию, разработку и тестирование *продукции* (лекарственных препаратов, вакцин, средств диагностики и других технологий) и *процессы*, такие как составление перечней основных лекарственных средств, передовая производственная практика, преквалификация и наращивание потенциала для выполнения регуляторных функций, способствующих расширению доступа.
- Что касается продукции, то основное внимание уделяется перечню, который составляет Комиссия Организации Объединенных Наций по жизненно необходимым средствам для женщин и детей. В сотрудничестве с ЮНИТЭЙД и другими партнерами ВОЗ участвует в разработке нового комбинированного препарата с фиксированной дозой для детей, больных ТБ¹, доступ к которым страны могут получить через Глобальный механизм по обеспечению лекарственными средствами. Хотя доноры вкладывают значительные средства для обеспечения более широкой доступности жизненно необходимых средств, до сих пор нет сводных данных, которые подтвердили бы изменения в доступности.
- В своей нормативной деятельности, касающейся продукции, ВОЗ в большинстве случаев сталкивается с аналогичной проблемой. Несмотря на наличие спроса на увеличение числа международных непатентованных наименований, стандартов для биологических и фармацевтических препаратов и продукции, проблемой остается демонстрация того, что чистый эффект этой работы заключается в расширении доступа.
- В то же время важно признать, что принцип изменений, лежащий в основе нормативной деятельности ВОЗ в этой области, включает ряд компонентов. Одним из них является прямая связь между разработкой продукции и расширением доступа на местах. Однако, помимо этого, включение нового лекарственного препарата в перечень основных лекарственных средств (пересмотренный в 2015 г.) или преквалификация лекарственного препарата или вакцины могут оказывать дополнительное влияние на цены, на производственные мощности в странах-

¹ См. программную область 1.2, Туберкулез.

производителях, а также на политику закупок, проводимую основными донорами. Учет этих «сетевых эффектов» нормативной деятельности ВОЗ, которые часто оказываются выпущены из виду в обзорах многосторонней помощи, проводимых рядом доноров, имеет крайне важное значение не только в области лекарственных препаратов, но и во многих других областях (в частности, в области руководящих принципов лечения).

- Как показывают последние достижения, глобальная угроза может дать толчок технологическому развитию. На начальном этапе эпидемии Эболы вакцина против этой болезни еще не испытывалась на людях. По состоянию на июль 2015 г. – спустя полтора года – были опубликованы предварительные результаты, которые показали, что с этой болезнью можно бороться с помощью вакцины. История разработки вакцины против Эболы излагается полностью в разделе 1 доклада. Помимо работы над вакцинами, в рамках программы преквалификации была произведена оценка 16 диагностических тестов для использования на местах. Было признано, что один из этих тестов имеет надлежащее качество. Есть множество болезней, которые способны спровоцировать хаос и людские страдания. Уроки, извлеченные из опыта борьбы с Эболой, в настоящее время изучаются в рамках программы научных исследований и разработок с целью предотвращения эпидемий.
- Хотя цена и не является единственной проблемой, оказывающей влияние на доступ, она по-прежнему остается одной из актуальных проблем национальных властей и тех, кто платит за лекарственные средства. В ряде стран возобновился мониторинг цен и разрабатываются основанные на информационных технологиях решения в цел укрепления потенциала мониторинга. Если в прошлом основное внимание уделялось стоимости лекарственных препаратов для лечения инфекционных заболеваний, в частности ВИЧ/СПИДа, то теперь акцент переносится на стоимость лекарственных препаратов (как и вакцин) для лечения неинфекционных заболеваний.
- В начале 2016 г. Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций Пан Ги Мун созвал Группу высокого уровня по доступу к лекарственным средствам. Перед Группой была поставлена задача «провести обзор и оценку предложений и рекомендовать решения для устранения стратегической согласованности между обоснованными правами изобретателей, международным правом в области прав человека, правилами торговли и общественным здравоохранением в контексте технологий здравоохранения». Предполагается, что эта работа дополнит и расширит сферу деятельности ВОЗ в рамках Глобальной стратегии и плана действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности, в которых внимание главным образом уделяется заболеваниям типа 2 и типа 3, которые затрагивают преимущественно страны с низким уровнем доходов.

(f) Решение проблем, связанных с социальными, экономическими и экологическими детерминантами здоровья, как средство сокращения неравенства в отношении здоровья внутри стран и между странами

В Двенадцатой общей программе работы отмечается, что работа в отношении социальных, экономических и экологических детерминантов здоровья ведется давно и началом для нее послужило принятие Алма-Атинской декларации по первичной медико-санитарной помощи. Со временем работа в отношении социальных детерминантов получила новый импульс – благодаря движению за обеспечение учета компонента здравоохранения во всех направлениях политики, концептуализации охраны здоровья в стратегиях, осуществляемых в других секторах, ведущих работу по укреплению здоровья населения, принятию концепции «стратегического руководства в интересах здоровья», а также эффективной работе Комиссии по социальным детерминантам и последующему проведению в Бразилии в 2011 г. Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья, которая обеспечила увязку идеи детерминантов с достижением справедливости в отношении здоровья.

- Суть в том, что ВОЗ – на разных уровнях и в разных частях Организации – имеет обширный опыт работы, отражающий данный приоритет в области лидерства. В настоящем обзоре уже освещались многие направления такой работы. Например, деятельность в отношении факторов риска возникновения неинфекционных заболеваний по большей части связана с широким

спектром экономических, социальных и политических детерминантов; работа ВОЗ по борьбе с ВИЧ/СПИДом и туберкулезом сильно зависит от социальных и экономических ограничений, которые лишают некоторые группы населения доступа к уходу и лечению. Работа по выявлению связи между здоровьем и изменением климата и здоровьем и загрязнением воздуха показывает, какое влияние на показатели здоровья оказывают экологические детерминанты¹. Доступность основных лекарственных средств зависит от торговых соглашений и экономики местного производства, а эти вопросы также входят в сферу деятельности ВОЗ. Решение проблемы острой нехватки кадров в сфере здравоохранения связано с политикой в области рынка труда и миграции. Для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения необходимо решить проблемы лиц, не имеющих гражданства. Именно здоровье становится первой жертвой гражданских конфликтов, а страны, экономика которых в наибольшей степени страдает во время вспышек болезней или эпидемий, неизменно являются наиболее бедными странами.

- Широта этой повестки дня вызывает интересные вопросы. Для оценки эффективности деятельности ВОЗ применение теории изменений, в рамках которой изучается вклад работы в отношении детерминантов в обеспечение достижения конечных результатов по каждой программной области, вероятно, даст больше информации, чем одна цель воздействия в Двенадцатой общей программе работы, которая в настоящее время сформулирована как сокращение различий между городскими и сельскими районами по показателю смертности детей в возрасте до пяти лет.
- Во-вторых, диапазон работ в данной сфере вызывает вопрос о роли конкретной программной области – которая в настоящее время предусматривает деятельность по ограниченному кругу тем – преимущественно экологических детерминантов, касающихся жилых кварталов и трущобных поселений, и отделена от других программ.
- Во время подготовки Двенадцатой общей программы работы деятельность в области детерминантов здоровья активно поддерживалась в качестве одного из приоритетов. В связи с этим возникает третий вопрос о том, следует ли продолжать рассматривать деятельность в области детерминантов в качестве отдельного приоритета, или она является неотъемлемым компонентом деятельности ВОЗ в сфере охраны здоровья и обеспечения справедливости в отношении здоровья. Будущая оценка эффективности этой работы, возможно, поможет ответить на этот вопрос, обеспечив более системное представление о диапазоне и эффективности деятельности ВОЗ в области детерминантов здоровья.

¹ См. программную область 3.5, Здоровье и окружающая среда.

3. СТРАТЕГИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО, ФИНАНСИРОВАНИЕ И УПРАВЛЕНИЕ

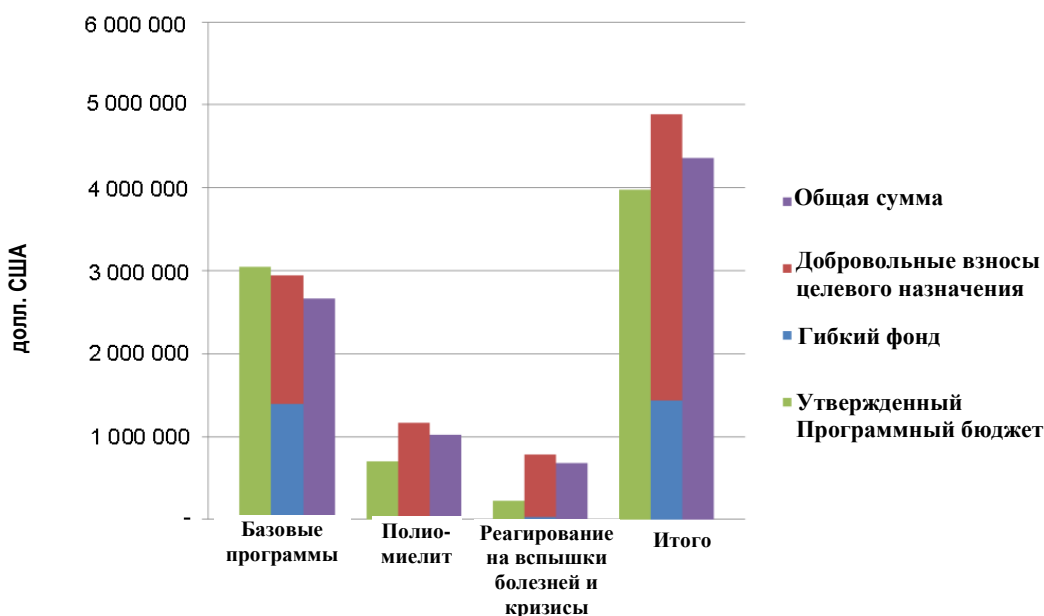
В Главе 4 Двенадцатой общей программы работы изложен ряд проблем в области стратегического руководства здравоохранением, которые были рассмотрены в предыдущих частях настоящего обзора, включая взаимоотношения ВОЗ с негосударственными субъектами. На момент подготовки настоящего доклада продолжаются переговоры об оптимизации процесса, посредством которого государства-члены осуществляют руководство Организацией.

Таким образом, в настоящем разделе основное внимание уделяется преимущественно обзору финансирования ВОЗ в течение первых двух лет периода реализации Двенадцатой общей программы работы и, в частности, рассматривается, как тенденции в сфере финансирования, которые были спрогнозированы в Двенадцатой общей программе работы, были реализованы на практике. Во-вторых, в нем освещается ряд дополнительных мер, которые служили основой для совершенствования в области управления в течение 2014–2015 годов. Эти меры направлены главным образом на повышение эффективности и коллективное укрепление прозрачности, подотчетности и соблюдения требований.

(а) Обзор финансирования

Объем средств, которыми располагала Организация в двухгодичный период, составил 4882 млн. долл. США и, таким образом, превысил утвержденный Ассамблеей здравоохранения бюджет в размере 3997 млн. долл. США. Увеличение объема доступных средств было связано исключительно с двумя сегментами бюджета ВОЗ, касающимися чрезвычайных ситуаций: Глобальной инициативой по ликвидации полиомиелита и сегментом, связанным с реагированием на вспышки болезней и кризисы, на долю которых в общей сложности приходился объем доступных средств в размере 1943 млн. долл. США. Базовый сегмент программного бюджета, предусматривающий расходы в размере 3049 млн. долл. США (категории с 1 до 6, за исключением полиомиелита и реагирования на вспышки болезней и кризисы), был профинансирован на уровне 2939 млн. долл. США (96%).

Программный бюджет на 2014–2015 гг., финансирование и расходы (все цифры в долл. США)



Из имеющихся средств в объеме 29% относились к гибкому фонду, а остальной объем был предназначен для финансирования Программного бюджета. Гибкие средства включают начисленные взносы, основной счет добровольных взносов и поступления по статье административной поддержки. Объем гибких добровольных взносов остается относительно небольшим, но стабильным при сопоставлении двух смежных двухгодичных периодов.

Вкладчики гибких добровольных взносов (в млн. долл. США)

	Всего в 2015 г.	Всего в 2014 г.	Всего в 2014–2015 гг.
Австралия	18,55	15,67	34,22
Бельгия	9,92	9,92	19,84
Дания	5,30	5,12	10,42
Финляндия	7,52	5,96	13,48
Франция	2,34	1,91	4,25
Ирландия	1,54	1,09	2,63
Кувейт	0,72		0,72
Люксембург	2,21	1,94	4,15
Монако	0,04	0,03	0,07
Нидерланды	5,98	5,98	11,96
Норвегия	9,17	5,59	14,76
Испания	0,81		0,81
Швеция	24,42	23,93	48,35
Швейцария	3,33	3,59	6,91
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	24,25	21,90	46,14
Медицинский фонд Куросуми	0,01		0,01
Фонд покойного Джона Макиннеса	0,18		0,18
Финансовые поступления –гибкие добровольные взносы	116,29	102,62	218,91

Базовый сегмент Программного бюджета (который составляет 47% объема Программного бюджета) в значительной степени зависит от гибкого финансирования и является единственным сегментом бюджета, который не был профинансирован в полном объеме. Объем имеющегося финансирования за счет основных добровольных взносов, включая перенос на будущие периоды, остается относительно небольшим и в 2014–2015 гг. составлял 247 млн. долл. США (в 2012–2013 гг. он составлял 262 млн. долл. США). Тем не менее, объединение всех видов гибких средств и в особенности их более стратегическое применение на протяжении двухлетнего периода на основе реализации позволило более рационально распределить средства между различными программами и основными отделениями.

Общий объем расходов в 2014–2015 гг. составил 4357 млн. долл. США с разницей в размере 525 млн. долл. США по сравнению с имеющимися средствами. Этот излишек в основном представлен целевыми добровольными взносами, которые будут перенесены на 2016–2017 годы. Если добавить к этому уже выделенные на 2016–2017 гг. фонды добровольных взносов, объем которых составляет 1,7 млрд. долл. США, то общий объем финансирования, имеющегося на начало двухгодичного периода 2016–2017 гг., составит 2,2 млрд. долл. США. Полностью профинансированный Программный бюджет на 2014–2015 гг. и в целом позитивный прогноз на 2016–2017 гг. являются свидетельством результативности реформы ВОЗ, в частности перехода от амбициозных к реалистичным бюджетам, хотя некоторые проблемы, связанные с финансированием части базового сегмента, возможно, будут сохраняться вследствие ограниченности объема гибких средств.

Объем средств, доступных в 2014–2015 гг., включал суммы, перенесенные из предыдущего двухгодичного периода, а также доходы, полученные в 2014–2015 годы. В приведенной ниже таблице представлен обзор доходов и расходов ВОЗ как по Программному бюджету ВОЗ, так и по тем средствам, которые управляются вне Программного бюджета.

Финансовый обзор – все средства, 2015 и 2014 гг. (в млн. долл. США)

	Всего в 2015 г.	Всего в 2014 г.	Всего в 2014–2015 гг.	Всего в 2012–2013 гг.
Начисленные взносы	463	492	955	950
Добровольные взносы – программный бюджет	1 837	2 002	3 839	3 469
Общий объем взносов – Программный бюджет	2 300	2 494	4 794	4 419

Поступления, не относящиеся к программному бюджету	45	78	123	319
Добровольные взносы в неденежной форме и в форме услуг	130	50	180	110
Общий объем поступлений (все источники)	2 475	2 622	5 097	4 848

Расходы – программный бюджет	2 466	1 891	4 357	3 729
Расходы – в неденежной форме и в форме услуг	126	49	175	84
Расходы – не относящиеся к программному бюджету	147	376	523	513
Общий объем расходов (все источники)	2 739	2 316	5 055	4 326

Финансовые поступления	21	7	28	44
-------------------------------	-----------	----------	-----------	-----------

Чистая сумма	(243)	313	70	566
---------------------	--------------	------------	-----------	------------

(b) Поступления

Общий объем поступлений по Программному бюджету на 2014–2015 гг. составил 4794 млн. долл. США, что включает начисленные взносы государств-членов в размере 955 млн. долл. США¹ и добровольные взносы в размере 3839 млн. долл. США. Объем поступлений, не относящихся к Программному бюджету, составил в 2014–2015 гг. 123 млн. долл. США, что меньше, чем в предыдущем двухгодичном периоде, и обусловлено закрытием или выбытием участников нескольких партнерств. Добровольные взносы в неденежной форме или в форме услуг представляют собой пожертвования в виде товаров медицинского назначения, аренды служебных помещений и расходов на персонал. С полным перечнем всех добровольных взносов с разбивкой по донорам и по фондам, можно ознакомиться на веб-портале Программного бюджета ВОЗ.

Объем поступлений в форме добровольных взносов в 2014–2015 гг. увеличился на 11% по сравнению с 2012–2013 годами. Основное увеличение приходится на сегмент, относящийся к реагированию на

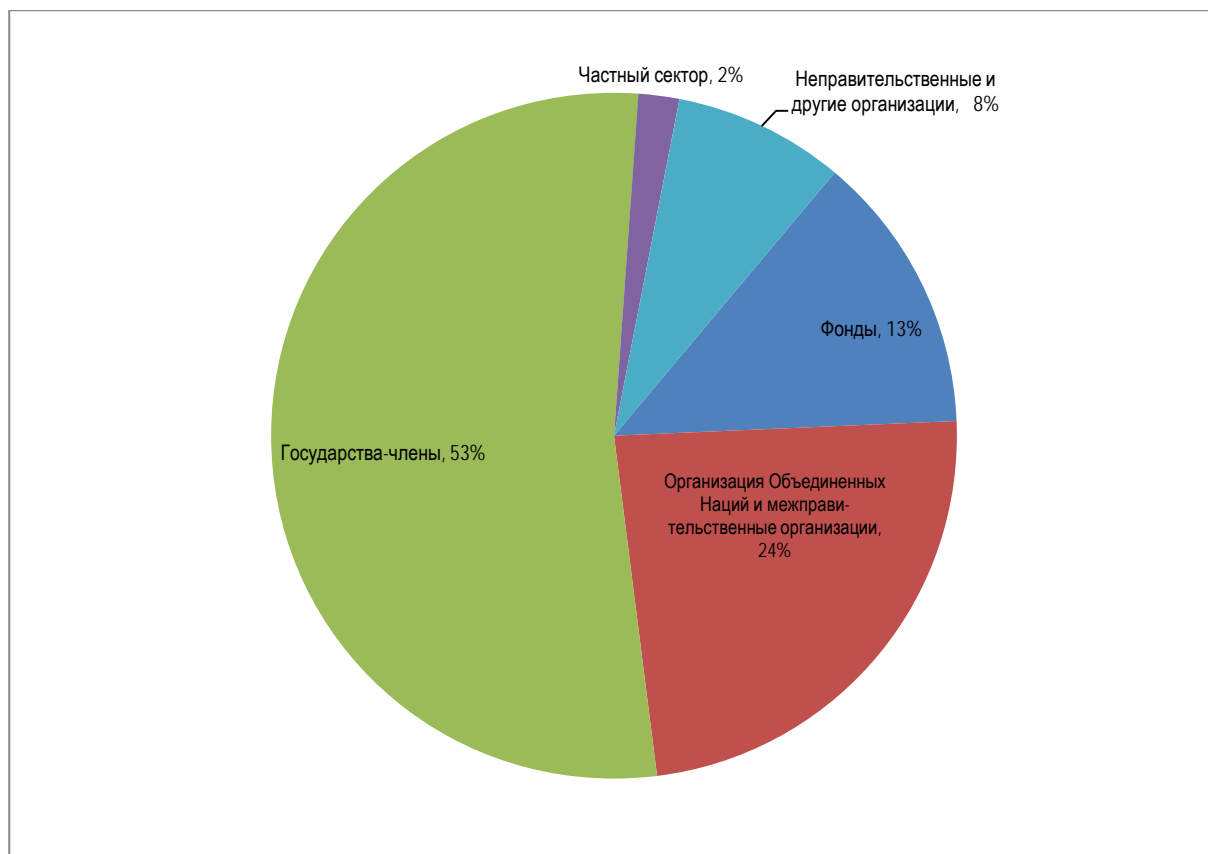
¹ Поступления от начисленных взносов в размере 955 млн. долл. США за 2014–2015 гг. включают суммы, указанные в счетах по Фонду уравнивания налогообложения. Средства Программного бюджета на 2014–2015 гг. остаются на уровне 929 млн. долл. США.

вспышки болезней и кризисы, в частности в связи с Эболой. Объем взносов в базовые программы оставался относительно стабильным.

Объем гибких добровольных взносов в 2014–2015 гг. снизился на 7% по сравнению с 2012–2013 гг., в то время как объем целевых добровольных взносов увеличился на 12% за тот же самый период. Многие из оговоренных добровольных взносов носили исключительно целевой характер и были предназначены для отдельных проектов с различными требованиями к отчетности в рамках запланированных результатов исполнения Программного бюджета.

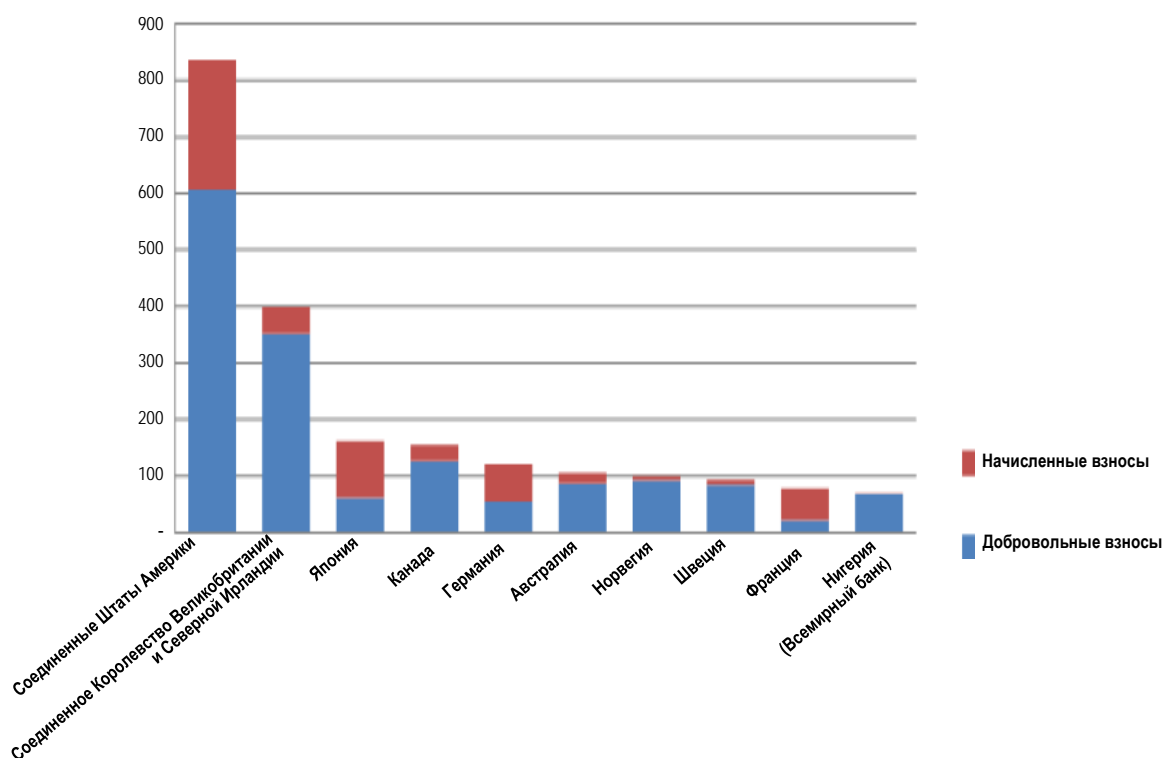
Государства-члены продолжают оставаться крупнейшим источником добровольных взносов, и на их долю приходится 53% от общего объема неначисляемых (добровольных) взносов. Относительные доли аналогичны предыдущему двухгодичному периоду, при этом наиболее крупным изменением стало уменьшение сегмента фондов вследствие сокращения определенных взносов в рамках Глобальной инициативы по искоренению полиомиелита.

Поступления по линии добровольных взносов в 2014–2015 гг., с разбивкой по источникам



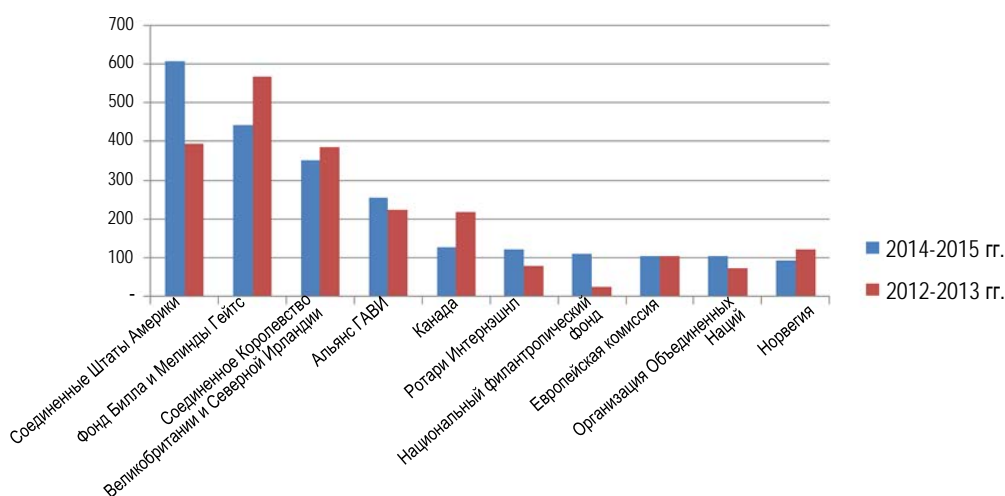
Общий объем взносов государств-членов в Программный бюджет (добровольных взносов и начисленных взносов) в 2014–2015 гг. составил 3000 млн. долл. США по сравнению с 2743 млн. долл. США в 2012–2013 годах. В 2014–2015 гг. это составляет 63% от общего объема добровольных и начисленных взносов. Десять крупнейших вкладчиков в Программный бюджет из числа государств-членов приведены ниже, и на их долю пришлось в общей сложности 2119 млн. долл. США, или 71% от общего объема взносов государств-членов или 44% от общего объема взносов из всех источников.

Десять государств-членов, предоставивших наиболее крупные взносы в Программный бюджет на 2014–2015 гг., в совокупности по начисленным и добровольным взносам (в млн. долл. США)



Ниже представлено 10 вкладчиков, предоставивших наиболее крупные добровольные взносы в 2014–2015 гг. по сравнению с 2012–2013 годами. К их числу относятся как государства-члены, так и другие вкладчики. На долю 10 вкладчиков, предоставивших наиболее крупные добровольные взносы, приходится 60% от общего объема добровольных взносов в Программный бюджет.

Десять вкладчиков, предоставивших наиболее крупные добровольные взносы в Программный бюджет на 2014–2015 гг. и в Программный бюджет на 2012–2013 гг. (в млн. долл. США)



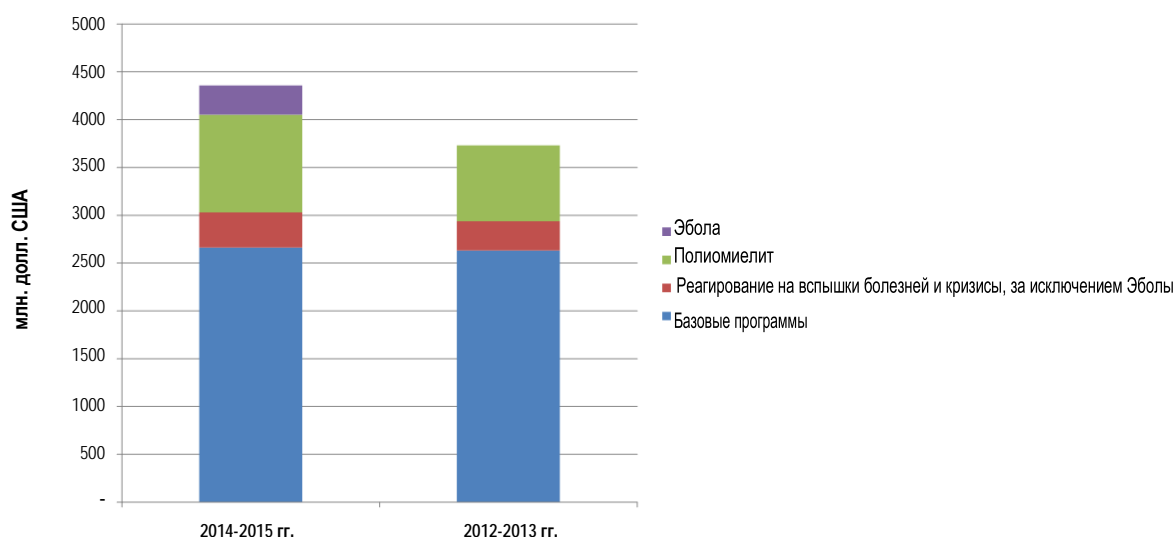
(с) Расходы

В 2014–2015 гг. общий объем расходов на исполнение Программного бюджета составил 4357 млн. долл. США (при 3729 млн. долл. США в 2012–2013 гг.), что отражает увеличение на

627 млн. долл. США, или на 14%, по сравнению с 2012–2013 годами. Расходы признаются в момент получения соответствующих товаров или услуг, а не тогда, когда принимаются обязательства или производятся платежи. Увеличение расходов в 2014–2015 гг. в основном обусловлено увеличением расходов в связи с чрезвычайными ситуациями, в том числе в связи со вспышкой Эболы (312 млн. долл. США), а также расширением деятельности в рамках Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита.

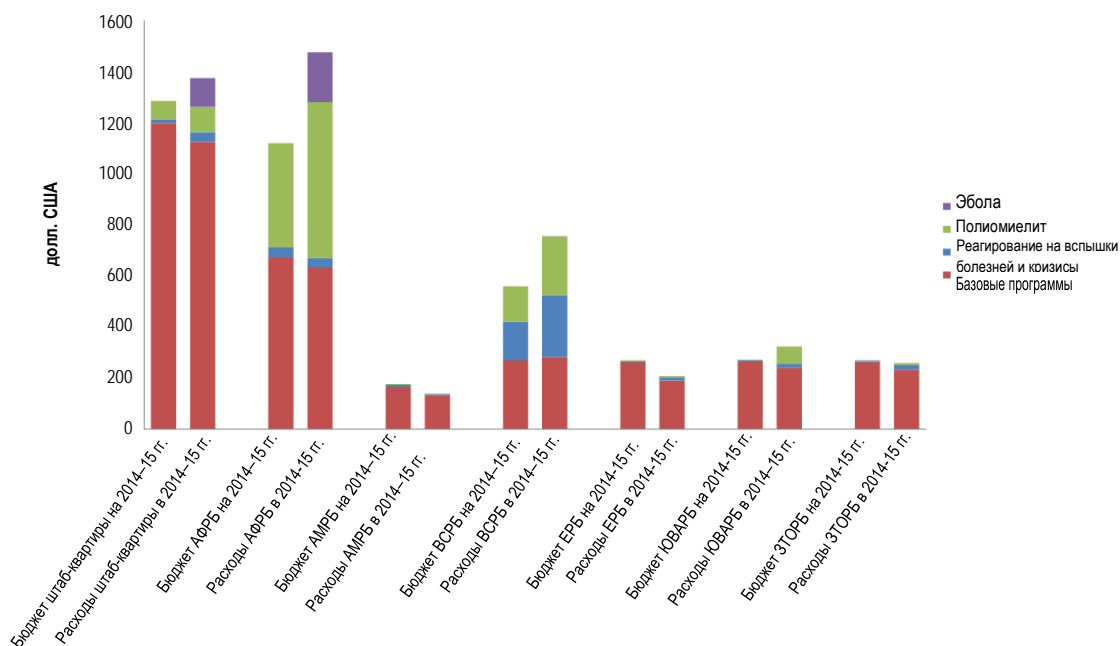
Ниже показаны доли расходов, связанных с базовыми программами, Глобальной инициативой по ликвидации полиомиелита, Эболой и другими видами деятельности, относящимися к сегменту реагирования на вспышки болезней и кризисы. Доля общего объема расходов, связанная с сегментом базовых программ, составила в 2014–2015 гг. 61%, снизившись по сравнению с 71% в 2012–2013 годах. Процентные доли других сегментов увеличились, при этом доля расходов по полиомиелиту составила 23%, доля расходов по Эболе – 7%, а доля расходов на другие виды деятельности, относящиеся к сегменту реагирования на вспышки болезней и кризисы, составила 9% от общего объема расходов в 2014–2015 годах.

Расходы по Программному бюджету в разбивке по сегментам, 2014–2015 гг. и 2012–2013 гг. (в млн. долл. США)



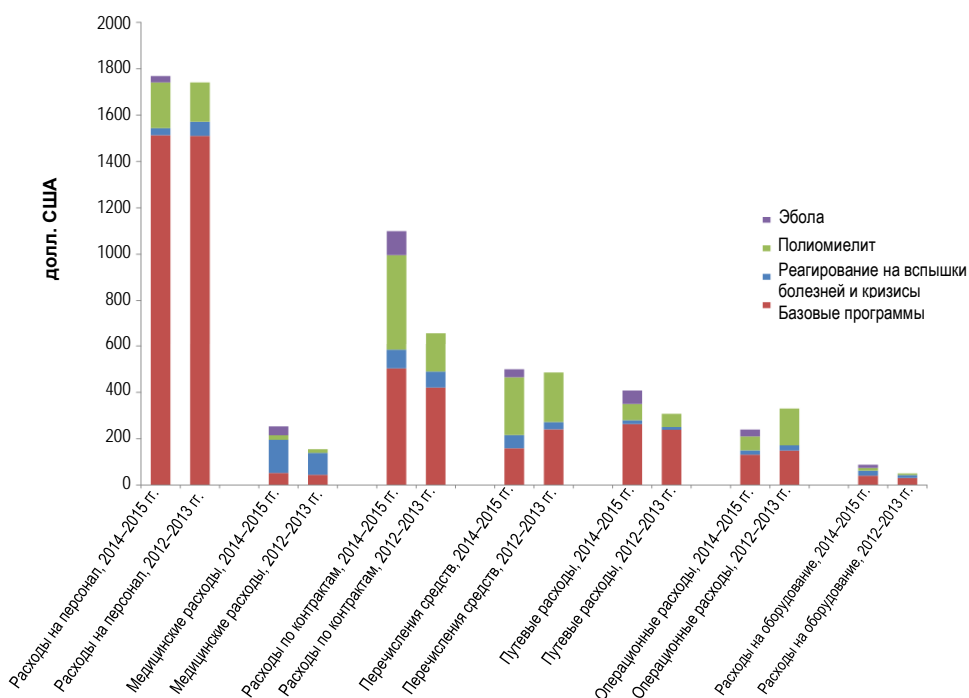
В приведенной ниже таблице показаны расходы в 2014–2015 гг. в сравнении с утвержденным Ассамблеей здравоохранения Программным бюджетом, в разбивке по основным бюро. В Африканском регионе увеличение бюджета было связано преимущественно с лихорадкой Эбола и полиомиелитом, тогда как в Регионе Восточного Средиземноморья увеличение бюджета было связано преимущественно с полиомиелитом и чрезвычайными ситуациями в Афганистане, Йемене, Ираке, Сирийской Арабской Республике и Судане.

Расходы по Программному бюджету в сравнении с утвержденным Ассамблеей здравоохранения бюджетом, в разбивке по основным бюро, в 2014–2015 гг. и 2012–2013 гг. (в млн. долл. США)



На Диаграмме ниже представлена сводка расходов по Программному бюджету в разбивке по статьям расходов в 2014–2015 гг. и 2012–2013 годах.

Расходы по Программному бюджету в разбивке по статьям расходов в 2014–2015 гг. и 2012–2013 гг. (в млн. долл. США)



Расходы на персонал были наиболее крупной статьёй расходов, и их доля в 2014–2015 гг. составила 41% от общего объема расходов по Программному бюджету. Эта статья расходов включает общую сумму расходов на наем персонала, включая выплату базовых окладов, коррективов по месту службы и любых других видов пособий, выплачиваемых Организацией (например, пенсий и страховок). По сравнению с 2012–2013 гг. общая сумма расходов на персонал и другие кадровые расходы оставалась стабильной в рамках всей Организации. Что касается сегментов, то расходы на персонал по базовым программам оставались стабильными за исключением расходов на персонал в сегменте, связанном с полиомиелитом, которые увеличились с 169 млн. долл. США в 2012–2013 гг. до 197 млн. долл. США в 2014–2015 гг. в основном за счет увеличения в Африканском регионе и Регионе Восточного Средиземноморья. В сегменте, связанном с Эболой, расходы на персонал в 2014–2015 гг. составили 27 млн. долл. США.

Услуги по контрактам составили 25% от общих расходов и стали второй по величине статьёй расходов; к их числу относятся расходы, связанные с контрактами, заключаемыми с экспертами и поставщиками услуг, которые оказывают Организации помощь в достижении запланированных целей. Расходы на услуги по контрактам в период с 2012–2013 гг. по 2014–2015 гг. увеличились на 441 млн. долл. США. Основными компонентами являются договоры на выполнение работ, контракты о непосредственном осуществлении мероприятий и специальные соглашения об услугах, которые заключаются с физическими лицами, осуществляющими деятельность от имени Организации. Расходы на выплату стипендий, подготовку кадров и обеспечение безопасности также включены в расходы на услуги по контрактам. Среди расходов на услуги по контрактам наибольший рост расходов в период с 2012–2013 гг. по 2014–2015 гг. наблюдается в программах по полиомиелиту, Эболе и других программах, относящихся к сегменту реагирования на вспышки болезней и кризисы.

Перечисления средств и гранты составили 11% от общего объема расходов, и расходы на них были наиболее высокими в Африканском регионе и Регионе Восточного Средиземноморья. Сюда относятся расходы по контрактам, заключаемым с местными партнерами (в основном с министерствами здравоохранения, а также с неправительственными организациями), на осуществление деятельности, предусмотренной с Программным бюджетом (прямое финансовое сотрудничество). Около 50% всех сумм, отраженных в виде перечислений и грантов, относятся к Глобальной инициативе по ликвидации полиомиелита. В 2014–2015 гг. политика и процедуры, связанные с применением соглашений о прямом финансовом сотрудничестве, были укреплены с целью повышения качества отчетности за использование таких средств.

Общие операционные расходы отражают эксплуатационные, а также текущие операционные расходы, в том числе расходы на коммунальные услуги и другие расходы на содержание служебных помещений. Эти расходы возникают в основном на местном уровне, и в 2014–2015 гг. они составляли 6% от общего объема расходов по Программному бюджету (при 9% в 2012–2013 гг.).

Путевые расходы составили 9% от общего объема расходов Организации по Программному бюджету в 2014–2015 гг., или 408 млн. долл. США (при 308 млн. долл. США в 2012–2013 гг.). Путевые расходы включают в себя стоимость авиабилетов, выплату суточных и другие расходы, связанные с поездками штатных сотрудников и внештатного персонала. Увеличение общего объема путевых расходов является следствием увеличения числа поездок внештатного персонала в связи с чрезвычайными ситуациями, например в связи с Эболой и другими чрезвычайными ситуациями, а также в рамках Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита. Доля путевых расходов, связанных со штатными сотрудниками, в общем объеме путевых расходов фактически сократилась с 52% в 2012–2013 гг. до 46% в 2014–2015 годах.

Расходы на **товары и материалы медицинского назначения** включают в первую очередь товары медицинского назначения, приобретаемые и распространяемые Организацией в рамках осуществления программ, а также медицинскую литературу. В 2014–2015 гг. на их долю приходилось 6% от общего объема расходов (при 4% в 2012–2013 гг.). Наибольшее увеличение по данной статье расходов в абсолютном выражении произошло в Африканском регионе и Регионе Восточного Средиземноморья и связано с поставкой товаров экстренного медицинского назначения, необходимых для борьбы с Эболой, чрезвычайными ситуациями в Ливии и Сирийской Арабской Республике, а также с поставками в поддержку деятельности по ликвидации полиомиелита.

(d) Финансовые риски

Организация управляет рядом финансовых рисков, обусловленных ее структурой финансирования, а также децентрализованной операционной средой. Независимый консультативный надзорный комитет экспертов рассматривает такие риски на высоком уровне и дает рекомендации. Определенные риски привлекали особое внимание государств-членов.

Наибольший риск для ВОЗ связан с неопределенностью долгосрочного финансирования. На совещаниях в рамках диалога о финансировании были проанализированы общие прогнозы по финансированию Организации, а также возможности приведения финансирования в соответствие бюджету ВОЗ. Хотя диалог о финансировании способствовал улучшению финансирования бюджета в краткосрочном плане, обеспечив почти полный объем финансирования всех программ в 2014–2015 гг. и уже почти полный объем финансирования на двухлетний период 2016–2017 гг., долгосрочные риски сохраняются. Финансирование Организации по-прежнему зависит от относительно небольшой донорской базы.

Крупным источником финансирования, который не будет продлен после 2019 г., являются средства, выделяемые по линии Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита. В 2014–2015 гг. 23% от общего объема расходов по Программному бюджету было израсходовано на Глобальную инициативу по ликвидации полиомиелита. Необходимо найти альтернативные источники финансирования для тех сотрудников, которых Организация намерена оставить после окончания финансирования программы по борьбе с полиомиелитом в рамках планирования по выполнению уже взятых обязательств в отношении этого заболевания. Для тех сотрудников, которые финансировались по линии борьбы с полиомиелитом и которых Организация не намерена оставлять, имеются резервы (и они будут наращиваться в дальнейшем), с тем чтобы обеспечить достаточные средства для выплаты по увольнению.

Наиболее существенным долгосрочным обязательством в отношении персонала составляют расходы на медицинское обслуживание после окончания срока службы. Согласно последней актуарной оценке, общий объем обязательств ВОЗ в связи с медицинским страхованием составляет 1523 млн. долл. США, включая расчетные будущие расходы на страхование бывших сотрудников. Текущий объем финансирования ВОЗ составляет 609 млн. долл. США, и, таким образом, чистый дефицит равен 914 млн. долл. США. Для обеспечения фактического финансирования этого дефицита Организация располагает встроенным бюджетным механизмом, основанным на модели определения сметных расходов на персонал и призванным обеспечивать справедливое распределение бремени на всех вкладчиков ВОЗ.

Программа медицинского страхования предусматривает возмещение медицинских расходов для нынешних и бывших сотрудников, а также членов их семей и опирается на строгие правила и ограничения. Программа медицинского страхования персонала охватывает и другие организации, а именно ПАОЗ, ЮНЭЙДС, ЮНИТЭЙД, МАИР и Международный вычислительный центр, и имеет отдельную финансовую отчетность. Для создания долгосрочного механизма, который должен обеспечить в конечном итоге полное финансирование обязательств, в 2011 г. были утверждены изменения ставок взносов медицинского страхования сотрудников, и эти изменения затронули как Организацию, так и участников программы и охватили все подразделения. Согласно прогнозам последней актуарной оценки, полное финансирование будет достигнуто в 2037 году. Кроме того, планируются также другие меры по сдерживанию роста расходов.

Организация получает взносы и осуществляет выплаты в валютах, отличных от доллара США, и подвержена валютным рискам, возникающим в результате колебаний валютных курсов. Для хеджирования рисков, связанных с валютами, отличными от долларов США, и в целях управления краткосрочными денежными потоками заключаются форвардные валютные контракты. Эти меры по управлению валютными рисками эффективно защищают текущий бюджет Организации от краткосрочных колебаний валютных курсов. Организация также подвержена инвестиционным рискам, связанным как с краткосрочными средствами, предназначенными для программной деятельности, так и долгосрочными средствами для выполнения своих долгосрочных обязательств. Консультативный комитет по инвестициям регулярно проводит анализ инвестиционной политики и эффективности инвестиций и риска для всех инвестиционных портфелей.

Помимо потребностей, включенных в двухгодичные бюджеты, у Организации имеются долгосрочные потребности в области инфраструктуры, особенно в том, что касается зданий и систем информационных технологий (ИТ). В Генеральном плане капитального ремонта описаны все основные потребности в содержании зданий, а финансирование обеспечивается за счет Фонда недвижимости. Наиболее крупным проектом в рамках этого Плана является комплексная стратегия переоборудования штаб-квартиры, которая предложена для отдельного утверждения на шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, вместе с предложением о финансировании. Что касается ИТ, то был создан ИТ-фонд для управления важнейшей ИТ инфраструктурой. Информация о финансировании и расходах как Фонда недвижимости, так и Фонда ИТ представляется Ассамблее здравоохранения через настоящий доклад.

(е) Прозрачность, подотчетность и соблюдение требований

После утверждения Программного бюджета на 2014–2015 гг. получил развитие один из важнейших элементов реформы ВОЗ, который был рекомендован в ходе диалога о финансировании 2013 года. Это предусматривает более стратегически направленное распределение объединенных гибких ресурсов и системное управление ими с целью обеспечения надлежащего финансирования всех программных областей и оперативного потенциала всех подразделений на всех трех уровнях Организации. В практическом плане выделение гибких ресурсов происходит несколько раз в течение двухгодичного периода после проведения тщательного мониторинга в масштабах всей Организации и обзора имеющихся ресурсов, дефицита финансирования и прогнозируемых доходов, а также прогнозируемых темпов реализации. На основе опыта 2014–2015 гг. стратегическое распределение гибких средств будет постепенно совершенствоваться в течение двухгодичного периода 2016–2017 годов.

Этот механизм уже позволил добиться большей согласованности в выделении средств для разных программ и основных бюро. Таким образом, было сокращено различие между наименее и наиболее финансируемыми программами/бюро по сравнению с 2012–2013 годами. Для продолжения усилий по совершенствованию согласованности гибкие добровольные взносы, предоставляемые ограниченным числом доноров, по-прежнему имеют важнейшее значение.

Повышению финансовой прозрачности способствовало создание веб-портала Программного бюджета ВОЗ. Портал содержит подробную информацию об источниках финансирования и потоках ресурсов в рамках всей Организации, вплоть до уровня отдельных стран. Поступившие от государств-членов и других партнеров в ходе диалога о финансировании предложения определяют функционирование портала и отображаемую на нем информацию. Со временем веб-портал станет основным хранилищем информации по программам, а в настоящее время эта функция используется в экспериментальном порядке в ходе общей оценки эффективности работы.

К числу других инициатив в области обеспечения прозрачности относится разработка ряда информационных панелей, содержащих подробные сведения о соответствии управления ряду ключевых показателей эффективности работы. Этот инструмент будет полезен как для сравнения различных бюджетных центров или управленческих подразделений, так и для отслеживания улучшений, происходящих в отдельных подразделениях с течением времени.

Примером стремления ВОЗ к большей открытости и ясности в вопросе о требованиях, предъявляемых к старшим должностным лицам ВОЗ, является разработка соглашения о подотчетности между Генеральным директором и помощниками Генерального директора. Также успешно практикуется ежегодная подача каждым региональным директором и помощниками Генерального директора письма о представлении информации, а также использование опросника для самооценки по линии внутреннего контроля, которые представляют собой документы внутреннего контроля по использованию ресурсов.

Меры, принимаемые на всех трех уровнях Организации, имеют решающее значение для совершенствования подотчетности в рамках ВОЗ. Одним из вопросов, которому уделяется особое внимание, являются используемые ВОЗ методы управления прямым финансовым сотрудничеством на страновом уровне. Усиление контроля и изменения в политике позволили добиться значительного улучшения – одним из показателей которого является сокращение на 65% непредставленных отчетов о прямом финансовом сотрудничестве в период с конца 2013 г. до конца 2015 года.

Благодаря ряду дополнительных процедур удалось улучшить подотчетность на страновом уровне. К их числу относятся проверки, проводимые внутренними и внешними аудиторами; объединенные административные, финансовые и программные обзоры; а также проведение независимой внешней оценки присутствия ВОЗ в странах. Во всех региональных бюро теперь созданы специальные подразделения по обеспечению соблюдения требований, а региональные директора регулярно принимают меры по итогам проверок, с тем чтобы обеспечить качество отчетности на региональном и страновом уровнях.

Начиная с 2014 г., после создания реестра корпоративных рисков, управление рисками стало неотъемлемой частью операционных процессов ВОЗ. С принятием в ноябре 2015 г. комплексной политики управления рисками управление рисками было включено в оперативное планирование. Каждый бюджетный центр ВОЗ теперь должен выявлять риски, сообщать об этих рисках высшему руководству в соответствии с уровнем их важности, а также представлять рекомендации в отношении принятия мер по смягчению рисков. Для содействия этой работе и обеспечения регулярного контроля был создан центральный механизм системного мониторинга. Система управления рисками предоставляет информацию, которая облегчает процесс принятия решений в ВОЗ. При осуществлении стратегического и оперативного планирования используются данные о рисках, полученные в ходе разработки Программного бюджета и мониторинга хода его исполнения.

Продолжающееся перемещение общекорпоративных финансовых и кадровых служб и служб ИТ в Малайзию, где расходы на персонал ниже, чем в Женеве, способствует повышению эффективности. Заслуживает упоминания внедрение в 2014–2015 гг. согласованных, используемых в глобальном масштабе ИТ продуктов. Это позволило усовершенствовать предоставление услуг, повысить продуктивность работы пользователей везде, где ВОЗ осуществляет свою деятельность, сократить дублирование и повысить финансовую эффективность. Все региональные бюро также ввели меры по повышению эффективности; например, было сокращено число поездок и стала более широко применяться видеосвязь. Некоторые регионы предприняли целенаправленные меры по сокращению объема печатных материалов для региональных руководящих и других крупных совещаний. Отчасти благодаря этим инициативам общий объем расходов по категории 6 за двухгодичный период 2014–2015 гг., охватывающей функции управления, инфраструктуры и административные функции Организации, оказался на 7,5% ниже, чем было заложено в бюджете.

**РАЗДЕЛ 1. ДОСТИЖЕНИЯ В РАЗБИВКЕ ПО КАТЕГОРИЯМ И
ПРОГРАММНЫМ ОБЛАСТЯМ**

РАЗДЕЛ 1. ДОСТИЖЕНИЯ В РАЗБИВКЕ ПО КАТЕГОРИЯМ И ПРОГРАММНЫМ ОБЛАСТЯМ

Категория 1

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ



Общей целью работы в этой категории является уменьшение бремени инфекционных болезней, в том числе ВИЧ/СПИДа, туберкулеза, малярии, забытых тропических болезней и болезней, предупреждаемых с помощью вакцин.

За два года удалось получить обнадеживающие результаты и решить важные задачи, превзойдя первоначальные целевые показатели в области борьбы с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией, определенные Целями тысячелетия в области развития. К числу таких достижений относятся значительное увеличение охвата основными мерами вмешательства, например по обеспечению людей, живущих с ВИЧ, средствами антиретровирусной терапии, по проведению быстрой диагностики среди пациентов, страдающих от туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, и предоставлению им соответствующего лечения, а также по увеличению числа детей в возрасте до пяти лет в странах Африки к югу от Сахары, спящих под обработанными инсектицидом москитными сетками. Работа ВОЗ в рамках этой категории способствовала достижению этих результатов.

Отсутствие упоминания о вирусном гепатите в Целях тысячелетия в области развития стало отражением общего дефицита политических обязательств и финансирования. Однако в ходе двухгодичного периода 2014–2015 гг. ВОЗ возглавила деятельность по повышению внимания мирового сообщества к проблемам гепатита, кульминацией которой стал прошедший в 2015 г. Всемирный саммит по гепатиту. ВОЗ опубликовала рекомендации, которые могут помочь странам при выработке комплексных национальных программ борьбы с гепатитом. ВОЗ разработала первую глобальную стратегию сектора

здравоохранения по вирусному гепатиту на 2016–2021 гг., в которой выдвинута концепция по ликвидации гепатита к 2030 г. Проект данной стратегии будет представлен на рассмотрение на пятьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения¹. Вместе с тем, расширение масштабов медицинской помощи, соответствующее данной концепции, будет зависеть от существенного снижения цен на лекарства от гепатита. ВОЗ и ЮНЭЙДС установили новые многообещающие целевые показатели в области борьбы с ВИЧ, туберкулезом и малярией. Исходя из этого, проблематика Целей в области устойчивого развития выходит далеко за рамки Целей тысячелетия в области развития в том, что касается расширения областей деятельности, в частности для включения таких проблем, как забытые тропические болезни и вирусный гепатит.

В целях достижения прогресса в профилактике забытых тропических болезней и борьбы с ними в этот двухгодичный период с успехом применялся комплексный подход, ориентированный на такие категории населения, как малоимущие жители сельских районов и маргинализованные группы.

ВОЗ обеспечила размещение секретариата, который занимался сбором данных о ходе решения задач и достижения стратегических целей Глобального плана действий в отношении вакцин, оказывала содействие через Стратегическую консультативную группу экспертов в проведении в 2014 и 2015 гг. независимого обзора и в подготовке отчетов для Ассамблеи здравоохранения. Несмотря на достигнутый в ряде областей прогресс, в целом мир пока не выходит на достижение среднесрочных целевых показателей.

СВОДНЫЕ ФИНАНСОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО КАТЕГОРИИ 1, 2014–2015 гг. (ТЫС. ДОЛЛ. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	266 700	19 500	107 400	30 600	89 900	71 500	255 200	840 800
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	60 967	14 902	21 326	4 053	11 365	11 990	31 852	156 455
Добровольные взносы, обусловленные	199 914	18 270	64 289	30 447	37 890	51 265	242 883	644 985
Всего	260 881	33 172	85 615	34 500	49 255	63 255	274 735	801 440
Имеющиеся средства, в % от бюджета	98%	170%	80%	113%	55%	88%	108%	95%
Расходы на персонал	82 042	18 939	26 906	13 471	16 771	28 323	137 902	324 354
Расходы на осуществление деятельности	144 005	11 677	52 912	17 758	29 885	31 145	105 433	392 815
Совокупные расходы	226 047	30 616	79 818	31 229	46 656	59 468	243 335	717 169
Расходы, в % от утвержденного бюджета	85%	157%	74%	102%	52%	83%	95%	85%
Расходы, в % от имеющихся средств	87%	92%	93%	91%	95%	94%	89%	89%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро	25%	6%	8%	4%	5%	9%	43%	100%

¹ См. документ А69/32.

1.1 ВИЧ/СПИД

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 1.1. РАСШИРЕНИЕ ДОСТУПА К ОСНОВНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ДЛЯ ЛИЦ С ВИЧ/СПИДОМ

От фактов к действиям: опыт ВОЗ в борьбе с ВИЧ/СПИДОМ становится информационной основой для борьбы с гепатитом

В 2015 г. благодаря беспрецедентным межсекторальным усилиям темпы распространения ВИЧ-инфекции начали снижаться, что свидетельствует о возможности достижения глобальной задачи по ВИЧ/СПИДУ в рамках Целей тысячелетия в области развития б.

Разработанная ВОЗ Глобальная стратегия сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДУ на 2011–2015 гг. имела решающее значение для объединения усилий мирового сообщества и определила стратегическую направленность принимаемых в секторе здравоохранения ответных мер. Конечным результатом стало обеспечение в настоящее время доступа к антиретровирусной терапии для 16 миллионов¹ человек, живущих с ВИЧ; масштабное расширение охвата программами комплексной профилактики ВИЧ, включая 10 миллионов медицинских операций обрезания у мужчин, проведенных в восточной и южной частях Африки; а также значительный прогресс в продвижении к цели искоренения передачи ВИЧ и сифилиса от матери ребенку.

Одна из задач ВОЗ – выступать в качестве движущей силы, обеспечивающей техническое руководство для глобальной коалиции стран, партнеров в области развития и гражданского общества.

- В начале двухгодичного периода в 2014 г. количество новых случаев ВИЧ-инфекции за год снизилось до 2,0 миллиона по сравнению с 3,1 миллиона в 2000 г., то есть на 35%.
- Достигнув пиковых значений в 2004 г., смертность, связанная с ВИЧ, сократилась к 2014 г. на 42%. Это также означает, что число людей, живущих с ВИЧ, составлявшая в 1990 г. примерно 9,0 миллиона человек, выросла в 2014 г. до 36,9 миллиона, поскольку в результате лечения показатели выживаемости повысились.
- Количество ежегодно регистрируемых новых случаев инфицирования среди молодых людей в возрасте от 15 до 19 лет снизилось в период с 2000 по 2014 г. на 37%, что стало прежде всего следствием изменения моделей поведения, включая более активное использование презервативов, сокращение числа людей с многочисленными сексуальными партнерами и отсроченное начало сексуальной жизни.
- Применение антиретровирусных препаратов для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку было столь успешным, что ее полная ликвидация является в настоящее время реалистичной целью, и ВОЗ руководит процессом подтверждения ее ликвидации в странах мира. Более 80 стран теперь сообщают о ежегодной регистрации менее 50 новых случаев ВИЧ-инфицирования детей. В июне 2015 г. Куба стала первой страной, получившей валидацию в отношении ликвидации новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей в целом.

Еще одна сфера, в которой ВОЗ играет лидирующую роль, – это разработка четких политических мер и операционных и клинических рекомендаций на основе результатов появляющихся клинических и операционных исследований, получаемых на местах фактических данных и опыта и передовой международной практики.

За двухгодичный период были разработаны рекомендации в отношении подхода "лечить всех". В рекомендациях было дано убедительное техническое обоснование всеобщего доступа к антиретровирусной терапии для всех людей, живущих с ВИЧ; предоставлена информация стратегического характера, позволяющая эффективнее регулировать ответные меры в рамках всего каскада услуг в связи с ВИЧ; проведена диверсификация подходов к тестированию на ВИЧ и услуг, позволяющих расширить знания о ВИЧ-статусе; представлены комплексные услуги для ключевых групп населения в целях сокращения социальной изоляции; а также стратегическая информация для более эффективного мониторинга и управления программами борьбы с ВИЧ.

¹ Первоначально конечной целью был охват лечением антиретровирусными препаратами 15 миллиона человек.

Другие руководящие указания нормативного, политического и операционного характера были посвящены вопросам самотестирования на ВИЧ, добровольного медицинского обрезания у мужчин, доконтактной профилактики ВИЧ-инфекции, закупок лекарств, а также предоставления услуг в связи с ВИЧ, особенно ключевым группам населения.

Помощь странам со стороны ВОЗ способствовала преобразованию фактических данных в конкретные дела. Особенно интенсивная помощь оказывалась 58 целевым странам. Результатом этого стало существенное сокращение временных промежутков между публикацией, одобрением и осуществлением новых рекомендаций.

Благодаря своей работе на местах, обладая знанием местных особенностей и пониманием ситуации в конкретных странах, ВОЗ помогла 74 странам получить доступ к необходимым им ресурсам у других партнеров – либо в виде технической помощи в оценке национальных программ борьбы с ВИЧ, либо путем разработки концептуальных записок в Глобальный фонд для борьбы с ВИЧ.

Центральным в усилиях ВОЗ по оказанию помощи странам является улучшение качества данных, необходимых для принятия решений. При оптимальном использовании качественные данные помогают странам понять особенности постоянно изменяющихся эпидемий и разработать ответные стратегические меры. Это особенно важно в тех случаях, когда ресурсы ограничены и соотношение цены и качества приобретает особое значение. Дезагрегированные географические данные и сведения о ключевых группах населения используются в настоящее время для содействия принятию решений на глобальном, национальном и местном уровнях, и ВОЗ увеличила свои инвестиции в обследования популяционного уровня и эпидемиологический надзор. В результате в рамках программ принимаются высокоэффективные ответные меры в отношении тех групп населения и мест, которые особенно остро в этом нуждаются, и одновременно с этим улучшается качество отчетности на национальном и глобальном уровнях.

В 2014–2015 гг. в рамках программ в целях ВОЗ по борьбе с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом были объединены усилия в целях придания нового импульса деятельности мирового сообщества в сфере, которая во многом оставалась вне поля зрения, – борьбе с вирусным гепатитом. С учетом возможности принятия высокоэффективных мер вмешательства по профилактике и лечению гепатита (включая вакцинацию против вируса гепатита В, нормы безопасности в отношении инъекций и крови и соответствующие услуги, снижение риска для потребителей инъекционных наркотиков, лечение инфицированных хроническим гепатитом В, а также новые способы лечения инфицированных хроническим гепатитом С), ликвидация гепатита В и гепатита С как факторов угрозы общественному здравоохранению представляется реальной задачей.

В целях использования этих возможностей и удовлетворения потребностей стран ВОЗ ускорила процессы обзора фактических данных и разработки руководящих указаний. Был разработан ряд новых рекомендаций, в том числе по вопросам выявления инфицированных хроническим гепатитом С, оказания им помощи и их лечения; профилактики гепатита В, помощи инфицированным хроническим гепатитом В и их лечения; и выявления и изучения вспышек заболевания гепатитом Е в результате передачи инфекции через воду и борьбы с такими вспышками. Они были дополнены указаниями по разработке программ борьбы с гепатитом, а также разработкой комплекса стандартизированных показателей гепатита, необходимого для мониторинга и оценки мер политики и услуг в сфере борьбы с этим заболеванием.

Все сказанное выше является примером работы, проведенной в этой программной области (ВИЧ/СПИД) и демонстрацией вклада ВОЗ в расширение масштабов применения антиретровирусной терапии и сокращение передачи инфекции от матери ребенку в период беременности и при родах.

В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету¹.

¹ Доступно по адресу: <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/155>, по состоянию на 7 апреля 2016 г.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (⚠) Результат/вклад обеспечен частично (✗) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
1.1.1.	Реализация и мониторинг глобальной стратегии сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу на 2011–2015 гг. средствами диалога по вопросам политики и оказания технической поддержки на мировом, региональном и национальном уровнях	✓	⚠	✓	✓	✓	✓	✓
1.1.2.	Адаптация и внедрение новейших норм и стандартов профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у детей и взрослых, интеграция программ по ВИЧ в другие программы здравоохранения и устранение факторов несправедливости	⚠	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	45 900	4 000	14 200	5 800	9 600	10 100	41 900	131 500
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	16 645	5 250	4 751	956	2 282	3 843	5 520	39 247
Добровольные взносы, обусловленные	29 394	2 602	10 802	5 651	5 600	8 081	40 842	102 972
Всего	46 039	7 852	15 553	6 607	7 882	11 924	46 362	142 219
Имеющиеся средства, в % от бюджета	100%	196%	110%	114%	82%	118%	111%	108%
Расходы на персонал	22 388	4 775	5 713	3 133	3 760	7 139	23 914	70 822
Расходы на осуществление деятельности	19 825	1 338	7 935	2 893	3 865	4 464	18 798	59 118
Совокупные расходы	42 213	6 113	13 648	6 026	7 625	11 603	42 712	129 940
Расходы, в % от утвержденного бюджета	92%	153%	96%	104%	79%	115%	102%	99%
Расходы, в % от имеющихся средств	92%	78%	88%	91%	97%	97%	92%	91%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро	32%	7%	8%	4%	5%	10%	34%	100%

1.2 ТУБЕРКУЛЕЗ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 1.2. УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА УСПЕШНЫХ ИЗЛЕЧЕНИЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Прогресс в расширении доступа к средствам быстрой диагностики – важнейший шаг на пути преодоления кризиса в связи с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью

Джо – житель Южной Африки – уже более пяти лет живет с ВИЧ. Во время последнего осмотра в местном центре помощи ВИЧ-инфицированным врач заметил, что Джо постоянно кашляет и теряет вес. Врач заподозрила, что причиной этого может являться туберкулез (ТБ), и смогла направить пациента на тест на ТБ, который, как выяснилось уже через два часа, дал положительный результат. Результаты анализа также показали, что выявленный у Джо штамм ТБ обладает резистентностью к рифампицину – наиболее действенному препарату первой линии и маркеру туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (ТБ-МЛУ). Для Джо удалось быстро подобрать лечение, которое, уверен врач, позволит излечить его от ТБ-МЛУ.

Всего несколько лет назад эта история не имела бы столь счастливого конца. Если бы использовались традиционные методы выявления ТБ, то сначала мазок слюны Джо поместили бы под микроскоп. Если бы при этом были видны бациллы ТБ (зачастую их слишком мало, чтобы лаборант их увидел, особенно если проба бралась у человека с ВИЧ или у ребенка), то Джо пришлось бы пройти стандартный шестимесячный курс лечения, который, возможно, оказался бы неэффективным для его штамма ТБ. Выяснив, что это лечение оказалось безуспешным, Джо предложили бы пройти другой стандартный курс. Если бы у врача была возможность провести тест на устойчивость к лекарствам, то образец отправили бы в центральную лабораторию, где обеспечивается особый режим биологической безопасности и работают специально обученные сотрудники, и здесь пробу Джо поместили бы в питательную среду. Спустя несколько недель или даже месяцев были бы получены результаты, на основании которых Джо наконец-то был бы предложен курс лечения, который поможет ему.

Правила игры поменялись для Джо благодаря Xpert MTB/RIF – экспресс-тесту для диагностики туберкулеза и устойчивости к рифампицину (маркеру ТБ-МЛУ). Впервые ВОЗ рекомендовала этот тест к применению в декабре 2010 г. после комплексного изучения фактических данных. После этого страны начали активно внедрять Xpert MTB/RIF в качестве эффективного средства быстрой диагностики ТБ и туберкулеза с лекарственной устойчивостью в нижних звеньях системы здравоохранения. По состоянию на 2015 г. проводить тест Xpert MTB/RIF могли 116 стран с низким и средним уровнем дохода, а всего в мире в государственном секторе насчитывалось 4672 установки для проведения тестов и 6,2 млн. картриджей для тестов. ВОЗ содействовала внедрению этой методики, оказывая техническое содействие странам, разрабатывая практические рекомендации, координируя обмен передовым опытом между партнерами и донорами и обеспечивая согласованность действий. Реализовать эту возможность странам также помогли весомые финансовые средства и техническая помощь из ряда источников, включая Глобальный фонд, Агентство Соединенных Штатов по международному развитию (USAID), Международный механизм закупки лекарственных средств (ЮНИТЭЙД), Чрезвычайный план Президента Соединенных Штатов Америки по борьбе с ВИЧ/СПИДом, Фонд для инновационных и новых диагностических средств (ФИНД), группу TB REACH и организацию "Врачи без границ".

Это наращивание потенциала стран в сфере экспресс-тестирования на ТБ помогло в успешной борьбе с эпидемией ТБ-МЛУ. В 2012 г. ВОЗ призвала рассматривать ТБ-МЛУ как кризисную ситуацию в области общественного здравоохранения. В 2014 г. 480 000 человек по всему миру заболели ТБ-МЛУ и, по оценкам ВОЗ, 190 000 скончались от этого заболевания. В том же году были выявлены и поставлены на учет в общей сложности 123 000 пациентов с ТБ-МЛУ. Это на 130% больше, чем в 2010 г., когда началось внедрение Xpert MTB/RIF. Наращивание потенциала стран в области диагностики туберкулеза с лекарственной устойчивостью – это ключевой первый шаг в борьбе против ТБ-МЛУ. Эти меры вкпе с расширением доступа к качественному лечению и медицинской помощи позволят людям с ТБ-МЛУ получить в полном объеме нужную им помощь. Судя по отчетам, в 2014 г. тестирование на лекарственную устойчивость прошли больше пациентов с ТБ, нежели в любом предшествующем году, хотя и этого все еще недостаточно. Всего в мире тестирование прошли 58% пациентов, ранее проходивших лечение, и 12% из тех, у кого заболевание было выявлено впервые, тогда как в 2013 г. эти

показатели составляли, соответственно, 17% и 8,5%. В основном эти успехи были обусловлены внедрением быстрых молекулярных тестов.

В 2013–2016 гг. решающая роль в расширении доступа к экспресс-тестам принадлежит проекту TBХpert, осуществляемому под эгидой Глобальной программы ВОЗ по борьбе с ТБ и профинансированному ЮНИТАЙД в размере 25,9 млн. долл. США. В рамках проекта 21 стране с высоким бременем болезни предоставлено 273 установки для проведения тестов и 1,4 млн. картриджей для тестов. Это позволило существенно нарастить их потенциал в сфере диагностики ТБ и тестирования на устойчивость к рифампицину, и в результате ТБ был выявлен у 230 000 человек, а ТБ с лекарственной устойчивостью – у 61 000 человек.

Кроме того, в 2014 г. ВОЗ опубликовала пересмотренные руководящие документы, включив в них расширенные рекомендации по применению Хpert MTB/RIF. В настоящее время Хpert MTB/RIF рекомендуется применять для выявления ТБ не только у лиц с высоким риском заболевания ТБ с лекарственной устойчивостью и ТБ, сочетанным с ВИЧ, но и у детей, а также для диагностики внелегочного ТБ, а при наличии соответствующих ресурсов – и для диагностики ТБ у всех лиц, у которых подозревается ТБ.

По состоянию на 2014 г. большинство стран с высоким бременем болезни сообщили о включении рекомендаций ВОЗ в национальную политику выявления ТБ у лиц с высоким риском заболевания ТБ с лекарственной устойчивостью (69%) и у лиц, страдающих ТБ, сочетанным с ВИЧ (60%). Кроме того, многие страны уже пользуются рекомендациями ВОЗ по применению этой методики для выявления ТБ у детей (50%) и для диагностики внелегочного ТБ (41%).

В целях дальнейшего расширения доступа к экспресс-тестам на ТБ и ТБ с лекарственной устойчивостью ВОЗ в настоящее время:

- проводит оценку фактических данных о применении новых методов диагностики в целях разработки руководящих документов по их применению
- дает рекомендации странам по созданию эффективных алгоритмов диагностики в целях расширения доступа пациентов
- предоставляет техническую помощь странам и координирует этот процесс в целях оптимизации применения имеющихся технологий

С 2016 г. глобальная цель изменилась: вместо борьбы с ТБ она предусматривает теперь полную ликвидацию глобальной эпидемии ТБ. Покончить с эпидемией ТБ к 2030 г. – таковы цель стратегии ВОЗ по ликвидации туберкулеза и одна из целевых задач Целей устойчивого развития. В стратегии «Положить конец ТБ» особый акцент делается на важности ранней диагностики и эффективного лечения всех людей всех возрастных групп и с любыми формами лекарственно-чувствительного и лекарственно-устойчивого ТБ. ВОЗ работает в тесном сотрудничестве со странами и партнерами, стремясь обеспечить доступность экспресс-диагностики ТБ и тестов на восприимчивость к лекарствам для всех, кто в них нуждается. Наряду с этими мерами по наращиванию потенциала в сфере диагностики ВОЗ оказывает помощь странам в расширении их возможностей по обеспечению эффективного лечения и медицинской помощи. Если этот импульс сохранится, то в наших силах будет положить конец кризисной ситуации с ТБ-МЛУ и эпидемии ТБ.

Все вышесказанное – это пример работы, проделанной в программной области, посвященной борьбе с туберкулезом. Работа ВОЗ по расширению доступа к экспресс-диагностике туберкулеза способствовала достижению показателя конечного результата, определяемого как число пациентов с подтвержденным ТБ-МЛУ, получающих соответствующее лечение.

В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Более подробную информацию о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету¹.

¹ Доступно по адресу: <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/156>, по состоянию на 7 апреля 2016 года.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью () Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
1.2.1.	Активизация осуществления стратегии по ликвидации туберкулеза в целях наращивания масштабов помощи и борьбы с заболеванием с акцентом на охват уязвимых категорий населения, усиление эпиднадзора и координации с планами действий сектора здравоохранения	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.2.2.	Доработанные руководящие документы и технические рекомендации по лечению туберкулеза, связанного с ВИЧ, оказанию помощи пациентам с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, методикам диагностики туберкулеза, проведению скрининга на туберкулез в группах риска и комплексной организации борьбы с туберкулезом на уровне общин	✓	!	✓	✓	!	✓	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	16 900	1 100	30 400	11 000	20 900	14 400	36 200	130 900
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	7 639	1 094	2 821	1 653	1 814	2 453	3 772	21 246
Добровольные взносы, обусловленные	17 539	1 061	19 674	11 595	3 541	8 670	34 400	96 480
Всего	25 178	2 155	22 495	13 248	5 355	11 123	38 172	117 726
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	149%	196%	74%	120%	26%	77%	105%	90%
Расходы на персонал								
	11 181	1 212	5 893	5 129	3 276	6 237	25 556	58 484
Расходы на осуществление деятельности								
	10 694	762	15 501	6 024	1 774	4 252	11 633	50 640
Совокупные расходы	21 875	1 974	21 394	11 153	5 050	10 489	37 189	109 124
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	129%	179%	70%	101%	24%	73%	103%	83%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	87%	92%	95%	84%	94%	94%	97%	93%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	19%	2%	10%	9%	6%	11%	44%	100%

1.3 МАЛЯРИЯ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 1.3. РАСШИРЕНИЕ ДОСТУПА К ПРОТИВОМАЛЯРИЙНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРВОЙ ЛИНИИ В ПОДТВЕРЖДЕННЫХ СЛУЧАЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАЛЯРИЕЙ

Глобальная техническая стратегия – концептуальная основа для борьбы с малярией и ее ликвидации

С начала текущего тысячелетия глобальное бремя малярии резко снизилось. В период с 2000 по 2015 год количество смертей, вызванных малярией, снизилось на 60%, что означает 6,2 миллиона спасенных жизней. Количество новых случаев малярии (заболеваемость) сократилось на 37%. Целевая задача в отношении малярии, предусмотренная сформулированными в 2000 г. Целями тысячелетия в области развития, – остановить к 2015 г. распространение малярии и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости – достигнута.

Прогресса в мировом масштабе удалось достичь в значительной мере благодаря массовому проведению эффективных мероприятий по борьбе с малярией. За последние 15 лет в странах Африки к югу от Сахары был роздан почти 1 миллиард обработанных инсектицидами противомоскитных сеток. Быстрые диагностические тесты упростили задачу по распознаванию малярийной и немалярийной лихорадки, что позволяет вовремя проводить соответствующее лечение. Широко внедрявшаяся в последнее десятилетие комбинированная терапия на основе артемизинина оказалась высокоэффективной в борьбе с *P. falciparum* – наиболее распространенным и смертоносным для людей малярийным паразитом.

Вместе с тем, серьезные проблемы остаются. Около 3,2 миллиарда человек – почти половина жителей планеты – по-прежнему подвержены риску заболевания малярией. В 2015 г., по имеющимся данным, было зафиксировано 214 млн. новых случаев малярии и примерно 438 000 смертей. Самое тяжелое бремя заболеваемости малярией по-прежнему несут на себе страны Африки к югу от Сахары – в 2015 г. на этот регион пришлось около 90% всех случаев заболевания малярией и смертей от нее.

Во многих странах угрозой прогрессу в данной области является быстрое формирование и распространение устойчивости комаров к инсектицидам. Устойчивость к лекарственным средствам также может негативно отразиться на недавних успехах в сфере борьбы с малярией. На сегодняшний день случаи устойчивости паразитов к артемизинину – основному компоненту наиболее распространенных противомаларийных препаратов – были выявлены в пяти странах субрегиона Большого Меконга.

Для решения остающихся пробелов в сфере борьбы с малярией и ликвидации этого заболевания Ассамблея здравоохранения в мае 2015 г. приняла Глобальную техническую стратегию борьбы с малярией на 2016–2030 годы¹. Период 2016–2030 гг. взят исходя из Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., в поддержку которой в прошлом году высказались все государства – члены Организации Объединенных Наций.

Глобальная техническая стратегия, разработанная ВОЗ и осуществляемая под ее руководством, является первой с 1995 г. стратегией борьбы с малярией, одобренной Ассамблеей здравоохранения. Она стала плодом большой работы, в которой приняли участие более 400 экспертов в области малярии из 70 стран и в рамках которой проводились консультации в семи регионах. Поставленные на основании анализа данных задачи этой стратегии амбициозны, но достижимы:

- Сокращение новых случаев заболевания малярией не менее чем на 90%
- Сокращение смертности от малярии не менее чем на 90%
- Ликвидация малярии как минимум в 35 странах

¹ См. резолюцию WHA68.2.

- Предупреждение появления малярии вновь во всех странах, где она была полностью ликвидирована

ВОЗ готова оказывать поддержку государствам-членам в достижении ими целевых показателей ГТС. С начала реализации ГТС в мае 2015 г. Организация приводит региональные стратегии в соответствие с глобальной концептуальной основой и предоставляет техническую поддержку странам в их работе по адаптации их национальных стратегий борьбы с малярией к ГТС.

Наращивание в последние годы усилий в сфере борьбы с малярией вкупе с увеличением инвестиций в исследования в данной области привели к появлению новых руководств и стратегий, направленных на дальнейшую консолидацию задач по борьбе с малярией. В результате растет потребность в том, чтобы ВОЗ обеспечивала быстрое изучение новых фактических данных и пересмотр ее технических рекомендаций.

С 2010 г. в рамках Глобальной программы ВОЗ по борьбе с малярией был инициирован широкий обзор процедур по выработке политики по борьбе с малярией и ее ликвидации. Задача заключалась в организации более тщательного, эффективного и прозрачного процесса, который позволит своевременно получить ответы на все возникающие вызовы, с которыми сталкиваются национальные программы борьбы с малярией. В соответствии с рекомендациями группы внешних экспертов в 2011 г. был создан Консультативный комитет по разработке политики в отношении малярии, задачей которого является предоставление ВОЗ независимой экспертизы по всем аспектам политики в области борьбы с малярией и ее ликвидации. Консультативный комитет собирается на заседания дважды в год, и в его состав входят 15 ведущих экспертов в области малярии. Подобные меры по повышению эффективности системы разработки политики позволили вновь позиционировать ВОЗ как наиболее авторитетный международный орган здравоохранения в сфере политики в отношении малярии, разработки рекомендаций и оказания технической поддержки странам, эндемичным по малярии. В течение двухгодичного периода 2014–2015 гг. Консультативный комитет по разработке политики в отношении малярии руководил разработкой ГТС и предоставлял Глобальной программе по борьбе с малярией стратегические рекомендации по ряду технических вопросов¹ – от рекомендаций по массовому применению лекарственных средств до рисков, возникающих при попытке свернуть масштабы борьбы с переносчиками болезни.

К числу других руководящих документов по проблемам малярии, опубликованных ВОЗ за последние два года, относятся пересмотренные рекомендации по лечению малярии (разработаны совместно с Комитетом ВОЗ по рассмотрению руководящих указаний), техническая записка по вопросам борьбы с малярией и ликвидации малярии *P. vivax*, а также рекомендации по диагностике малярии в местах с низкой интенсивностью передачи.

Располагая техническими специалистами во всех странах, эндемичных по малярии, ВОЗ имеет уникальную сферу влияния и все возможности для успешной работы в рамках программы борьбы с малярией. В последний двухгодичный период Организация постоянно оказывала помощь эндемичным странам в разработке методов анализа недочетов и в подготовке заявок на гранты Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Технические специалисты ВОЗ также помогли странам на всех континентах в осуществлении национальных стратегических планов и проведении обзоров программ.

В рамках борьбы с распространением устойчивости к противомалярийным препаратам в 2013 г. ВОЗ приступила к осуществлению мер реагирования на чрезвычайную ситуацию в связи с устойчивостью к артемизинину (РЧСУА) в субрегионе Большого Меконга. С этого времени Организация предоставляет техническую помощь затронутым странам этого региона силами своих страновых бюро, а также специально созданного в Камбодже регионального центра РЧСУА. Разработанная ВОЗ *Стратегия ликвидации малярии в субрегионе Большого Меконга на 2015–2030 гг.*, осуществление которой началось в 2015 г., основана на ГТС и скоординирована с ней.

¹ Информацию и инструкции, подготовленные в соответствии с рекомендациями ККПМ, см. на веб-сайте Глобальной программы по борьбе с малярией: <http://www.who.int/malaria/mpac/policyrecommendations/en/>.

В соответствии с мандатом Глобальной программы по борьбе с малярией в ее рамках ведется независимый мониторинг хода борьбы мирового сообщества с малярией. В ее программной ежегодной публикации – *Всемирном докладе о малярии* – приводятся самые последние данные о борьбе с малярией и ходе ее ликвидации по всему миру. В последнем докладе, вышедшем в свет в декабре 2015 г., отмечается, что глобальное финансирование борьбы с малярией возросло с 960 млн. долл. США в 2005 г. до 2,5 млрд. долл. США в 2014 году. Для решения поставленных в ГТС задач потребуется существенно увеличить финансирование сравнительно с нынешним его уровнем, чтобы к 2030 г. оно составляло 8,7 млрд. долл. США ежегодно.

Помимо предоставления значительных финансовых средств ускорению прогресса в сфере борьбы с малярией может в будущем способствовать появление новых инструментов и инноваций в сфере предоставления услуг, политическая приверженность и более активное межотраслевое сотрудничество.

Этот пример работы по программной области, посвященной борьбе с малярией, показывает, как важно иметь единую, основанную на фактических данных и одобренную государствами-членами стратегию, на основе которой многочисленные заинтересованные стороны могут активно содействовать достижению желаемого конечного результата – расширения доступа к противомаларийному лечению первого ряда для пациентов с подтвержденным диагнозом.

В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету¹.

¹ Имеется по адресу: <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/157>, по состоянию на 7 апреля 2016 года.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью () Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземно-море	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
1.3.1.	Страны путем укрепления потенциала получили возможность осуществления стратегических планов по борьбе с малярией, при особом внимании к совершенствованию методов диагностических обследований и лечения, контролю и надзору за эффективностью лечения	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.3.2.	Доработанные директивные рекомендации, указания по стратегическим и техническим вопросам борьбы с переносчиками малярии, проведению диагностических обследований, противомалярийному лечению, оказанию комплексной помощи при фебрильных состояниях, осуществлению эпиднадзора, выявлению эпидемий и принятию ответных мер	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземно-море	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	21 300	500	13 400	1 100	13 800	12 600	28 900	91 600
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	8 484	2 638	2 685	454	2 464	1 876	4 850	23 451
Добровольные взносы, обусловленные	20 304	1 393	9 032	601	4 479	10 503	28 893	75 205
Всего	28 788	4 031	11 717	1 055	6 943	12 379	33 743	98 656
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	135%	806%	87%	96%	50%	98%	117%	108%
Расходы на персонал								
	12 555	2 327	4 514	405	3 031	6 274	16 700	45 806
Расходы на осуществление деятельности								
	10 880	1 505	6 883	644	3 554	5 276	9 731	38 473
Совокупные расходы	23 435	3 832	11 397	1 049	6 585	11 550	26 431	84 279
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	110%	766%	85%	95%	48%	92%	91%	92%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	81%	95%	97%	99%	95%	93%	78%	85%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	19%	2%	10%	9%	6%	11%	44%	100%

1.4 ЗАБЫТЫЕ ТРОПИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 1.4. РАСШИРИТЬ И ПОДДЕРЖИВАТЬ ДОСТУП К ОСНОВНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ ОТ ЗАБЫТЫХ ТРОПИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Причастность стран и партнерские отношения – залог успеха в борьбе с забытыми тропическими болезнями

Забытые тропические болезни являются эндемичными для 149 стран. Ими затронуты более 1 миллиарда человек, живущих в бедности, в непосредственной близости от переносчиков заболеваний и скота, имеющих ограниченный доступ к безопасной воде и основным медицинским услугам. В большинстве случаев человек страдает одновременно от нескольких таких болезней, влияющих на его производительность, течение беременности, рост и развитие в детстве и поражающих людей в самом расцвете сил.

Уверенное лидерство стран, большая приверженность партнеров и наличие предоставленных в дар лекарственных препаратов – все это стало залогом успехов, достигнутых в 2014–2015 годах. Многим странам удалось успешно реализовать программы по борьбе с болезнями, а некоторым – досрочно добиться их ликвидации. Были внедрены такие меры, как вложение странами своих средств в целях расширения масштабов ныне действующих программ и межотраслевое сотрудничество, которые позволили активнее привлекать к работе общины, неправительственные организации и частный сектор.

Применение более широкого межотраслевого подхода при поддержке со стороны партнеров позволило улучшить координацию и руководство программами на национальном уровне, благодаря чему в 2014 г. было проведено более 1 миллиарда лечебных процедур, в ходе которых 853 миллиона человек прошли лечение хотя бы от одной болезни, тогда как в 2013 г. этот показатель составлял 791 миллиона человек. В рамках этой же работы в 2014 и 2015 гг. ВОЗ координировала поставку государствам-членам, соответственно, 1,3 миллиарда и 1,5 миллиарда переданных в дар таблеток. Подобное расширение масштабов работы требует наращивания потенциала стран, чтобы они могли справляться с возрастающими объемами практической работы. В течение последних двух лет по результатам анализа приоритетных задач был организован ряд учебных программ для руководителей национальных программ, что обеспечило затем возможность каскадного обучения медицинских работников на уровне округов и на местах.

Беспрецедентных успехов удалось также достичь в ликвидации дракункулеза. О случаях этой болезни сообщали всего четыре страны (Мали, Чад, Эфиопия и Южный Судан), и в 2015 г. было зарегистрировано рекордно низкое количество случаев этого заболевания у людей – всего 22, тогда как в 2014 г. их было 126, а в 2013 г. – 148. В значительной мере эта тенденция связана с постепенным снижением количества заболеваний в Южном Судане, и это приближает мир к целевому показателю дорожной карты ВОЗ – пресечь распространение этой болезни в мире. В настоящее время в этих четырех странах, а также во всех странах, где есть риск повторного заноса заболевания, ведется максимально строгий эпиднадзор.

Существенного прогресса удалось также добиться в отношении заболеваний, каждый случай которых требует индивидуального ведения, и наиболее показательны в этом плане два примера: африканский трипаносомоз человека и висцеральный лейшманиоз. В 2014 г. поступила информация всего о 3796 новых случаях заболевания африканским трипаносомозом человека – это самый низкий показатель с тех пор, как 75 лет назад начался систематический сбор глобальных данных. Данный показатель выгодно отличается от показателя 2013 г. – 6314 новых случаев, и это означает, что всего за год снижение составило почти 40%. Неуклонный прогресс в борьбе с висцеральным лейшманиозом дает основания полагать, что эта проблема общественного здравоохранения может быть полностью ликвидирована в Юго-Восточной Азии к 2020 году. В 2014 г. целевой показатель ликвидации был достигнут в Бангладеш примерно в 98% подокругов (упазила), а в Индии – примерно в 82% ареалов распространения этого эндемического заболевания (то есть в подокругах). В Непале целевой показатель ликвидации обеспечивался во всех 12 округах.

Наращивание потенциала в области экологии переносчиков заболеваний и борьбы с ними становится одной из первостепенных задач ВОЗ, поскольку резко возросла восприимчивость таких переносчиков к климатическим факторам. Поскольку болезни, переносимые насекомыми, распространяются вследствие быстрой и хаотичной урбанизации, перемещений населения и изменений в состоянии окружающей среды, в 2014–2015 гг. ВОЗ оказывала поддержку в проведении исследовательского проекта по оценке бремени заболеваемости лихорадкой денге в пяти странах и исследования связанного с этим

экономического бремени в трех странах. Случаи лихорадки денге отмечаются в настоящее время более чем в 150 странах, а распространение чикунгуньи, а в последнее время и вируса Зика – болезней с тем же переносчиком, что и у лихорадки денге, – усугубило эту проблему в глобальном масштабе. Поскольку текущие программы сориентированы в основном на борьбу с популяциями комаров, назрела необходимость в комплексных мерах борьбы с переносчиками заболеваний, и для этого требуются новые инструменты и подходы. Исходя из этого, ВОЗ оказывает поддержку инициативе, направленной на ускорение темпов разработки новых, рассчитанных на широкомасштабное применение инструментов борьбы с переносчиками заболеваний.

В последние два года ВОЗ также использовала извлеченные уроки в сфере борьбы с бешенством у животных в качестве модели осуществления программ борьбы с другими забытыми болезнями, передаваемыми от животных человеку. Одна из ключевых стратегий здесь заключается в расширении доступа к дешевым и качественным ветеринарным услугам и широком межотраслевом сотрудничестве, охватывающем все компоненты систем охраны здоровья человека и животных.

Больше внимания ВОЗ стала также уделять более действенной интеграции услуг водоснабжения, санитарии и гигиены (ВССГ) и других мер вмешательства в области общественного здравоохранения. В 2015 г. она приступила к осуществлению глобальной стратегии с рассчитанной на пять лет повесткой дня, демонстрируя тем самым приверженность всего мирового сообщества делу обеспечения увязывания услуг ВССГ с группами населения, являющимися объектами внимания общественного здравоохранения, в частности в интересах беднейших общин, испытывающих в них особую потребность.

В принятой Ассамблеей здравоохранения в 2013 г. резолюции WHA66.12 содержится призыв к расширению масштабов мер вмешательства, направленных на достижение к 2020 г. целевых показателей, закрепленных в дорожной карте, обеспечивая для этого неизменную причастность стран к осуществлению программ и эффективное программное и финансовое планирование. В третьем докладе ВОЗ о забытых тропических болезнях (2015 г.)¹ основное внимание уделяется необходимости изыскивать инновационные возможности для внутренних инвестиций в целях устойчивого решения проблем несправедливости в социальной сфере и в области здоровья. Существует сильная аргументация в пользу более энергичных внутренних инвестиций, и она вполне своевременна, поскольку эти инвестиции составляют в настоящее время всего 0,1% от тех средств, которые соответствующие страны с низким и средним уровнем дохода планируют потратить на здравоохранение в 2015–2030 годах.

Чтобы добиться всеобщего охвата услугами здравоохранения, как предусмотрено Целевой задачей 3.3 Целей устойчивого развития, борьба с забытыми тропическими болезнями должна стать неотъемлемой частью национальных планов и бюджетов в области здравоохранения. Некоторые страны уже принимают меры для осуществления этой целевой задачи. Ликвидация забытых тропических заболеваний и борьба с ними – это своего рода "лакмусовая бумага" для определения возможности обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения, и успех коллективных усилий по борьбе с этими болезнями может стать индикатором справедливости в ходе решения таких задач, как достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения (Целевая задача 3.8), всеобщего доступа к безопасной воде (Целевая задача 6.1) и всеобщего доступа к санитарным услугам (Целевая задача 6.2).

Как было отмечено выше, очевидно, что межотраслевой подход дает свои плоды. Вклад ВОЗ в координацию распределения предоставленных в дар препаратов для лечения забытых тропических заболеваний напрямую связан с достижением конечного результата – расширения и обеспечения устойчивого доступа к важнейшим лекарственным средствам для лечения таких болезней.

В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету².

¹ Investing to overcome the global impact of neglected tropical diseases: third WHO report on neglected diseases 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/152781/1/9789241564861_eng.pdf?ua=1, по состоянию на 29 марта 2016 г.).

² Доступно по адресу <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/158>, по состоянию на 7 апреля 2016 года.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (⚠) Результат/вклад обеспечен частично (✗) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Восточное Средиземно-море	Европа	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
1.4.1.	Осуществление и контроль реализации дорожной карты ВОЗ по борьбе с забытыми тропическими болезнями	✓	⚠	✓	н/п	⚠	✓	✓
1.4.2.	Осуществление и контроль мер вмешательства по борьбе с забытыми тропическими болезнями в соответствии с руководящими техническими указаниями, выработанными на основе фактических данных, и оказание технической поддержки	✓	✓	✓	✓	⚠	✓	✓
1.4.3.	Новые знания, решения и стратегии осуществления, соответствующие потребностям в области охраны здоровья населения эндемичных по данным заболеваниям стран, на основе развития научных исследований и обучения персонала	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземно-море	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	19 400	4600	8600	400	6300	8300	92 400	140 000
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	10 968	2687	7248	148	1634	1858	10 980	35 523
Добровольные взносы, обусловленные	26 615	2403	5434	228	1860	3846	79 934	120 320
Всего	37 583	5090	12 682	376	3494	5704	90 914	155 843
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	194%	111%	147%	94%	55%	69%	98%	111%
Расходы на персонал								
	9 475	2628	5345	116	717	1592	41 370	61 243
Расходы на осуществление деятельности								
	20 838	2274	6705	268	2339	3858	40 141	76 423
Совокупные расходы	30 313	4902	12 050	384	3056	5450	81 511	137 666
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	156%	107%	140%	96%	49%	66%	88%	98%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	81%	96%	95%	102%	87%	96%	90%	88%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	15%	4%	9%	0%	1%	3%	68%	100%

1.5 БОЛЕЗНИ, ПРЕДОТВРАТИМЫЕ С ПОМОЩЬЮ ВАКЦИН

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 1.5. РАСШИРЕНИЕ ОХВАТА ВАКЦИНАЦИЕЙ ТРУДНОДОСТУПНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ И МЕСТНЫХ СООБЩЕСТВ

Разработка и испытания вакцины против вируса Эбола

В июле 2015 г., спустя всего полтора года после вспышки опустошительной эпидемии лихорадки Эбола в Западной Африке, были опубликованы предварительные результаты исследований, в ходе которых изучалась возможность борьбы с распространением этого заболевания посредством вакцины. На момент начала эпидемии испытания вакцины против вируса Эбола на людях никогда еще не проводились. Быстрота, с которой была продемонстрирована эффективность вакцины, – важнейший фактор при разработке любой вакцины, определяющий перспективы ее повсеместного применения, – была беспрецедентной.

Во-первых, ВОЗ сыграла координирующую роль в подготовке комплексной программы исследований и разработки вакцин против вируса Эбола, осуществлявшейся с привлечением ученых, специалистов по вопросам этики, регуляторных органов, партнерских учреждений, занимающихся разработкой вакцин и вопросами здравоохранения, представителей отрасли и финансовых учреждений со всего мира. Генеральный директор ВОЗ 8 августа 2014 г. объявила вспышку лихорадки Эбола в Западной Африке чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение. Масштабы вспышки заболевания и огромные трудности, возникшие при попытках сдержать его распространение, сделали очевидным настоятельную потребность в вакцине. К середине августа, по итогам консультаций со специалистами по разработке вакцин из стран Африки, Европы и Северной Америки, ВОЗ приняла решение о создании групп для тестирования двух вакцин-кандидатов в рамках первой стадии клинических испытаний (то есть испытаний, в ходе которых проверяется безопасность вакцины для людей и ее способность вызывать иммунную реакцию). Кроме того, ВОЗ обратилась к потенциальным донорам с просьбой о предоставлении финансовых средств на проведение этих исследований. В ноябре 2014 г. исследовательские группы опубликовали первые результаты первой стадии клинических испытаний.

В начале и в конце сентября 2014 г. ВОЗ провела два консультативных совещания, которые стали первыми в серии подобных мероприятий, имевших целью оценить предпринимаемые усилия по финансированию, оценке, производству и внедрению вакцин против вируса Эбола. Участники состоявшихся в сентябре 2014 г. совещаний пришли к выводу о необходимости ускорения клинических испытаний первой стадии и широкого оповещения об их результатах, что будет способствовать скорейшему переходу ко второй стадии (исследованиям, позволяющим получить дополнительные доказательства способности вакцины вызывать иммунную реакцию на инфекцию). Кроме того, в ходе указанных совещаний было также заявлено, что стадия IIb клинических испытаний (исследования, демонстрирующие, что вакцина защищает привитых людей от болезни) должна параллельно проводиться в странах, затронутых лихорадкой Эбола, в том числе среди медицинских работников первой линии или членов общин, в которых имели место случаи лихорадки Эбола.

Последующие совещания высокого уровня по доступу к вакцинам против Эбола и их финансированию были проведены в октябре 2014 г., январе и мае 2015 года. В настоящее время на основе этих инициатив разрабатываются глобальная стратегия и план обеспечения готовности, цель которых – добиваться того, чтобы целенаправленные исследования и разработки способствовали повышению эффективности ответных мер, принимаемых в чрезвычайных ситуациях, обеспечивая доступ пациентов к медицинским технологиям в период эпидемий. Проект этой программы исследований и разработок будет вынесен на рассмотрение государств-членов в ходе Ассамблеи здравоохранения в мае 2016 года.

Во-вторых, ВОЗ взяла на себя лидерство в формировании консорциума, подготовившего дизайн клинических испытаний эффективности вакцины (стадия III) и осуществившего эти исследования в Гвинее. На совещании по доступу к вакцинам против Эболы в октябре 2014 г. стало очевидно, что, несмотря на заинтересованность национальных органов власти, ни один международный исследовательский институт не проявлял интереса к проведению клинических испытаний вакцины в

Гвинею. ВОЗ немедленно собрала группу ученых, разработавших инновационный метод тестирования эффективности вакцины, взяв за основу опыт осуществления в 1960–1970-х гг. инициативы по ликвидации оспы. Эти клинические испытания предусматривали вакцинацию групп лиц ("колец"), которые могли контактировать с людьми, вновь заболевшими лихорадкой Эбола. Хотя в плане логистики проведение таких исследований было весьма сложной задачей, поскольку оно предполагало быстрое развертывание проводящих вакцинацию команд, каждый раз, когда поступало сообщение о новом случае заболевания, эта система оказывалась очень действенной, поскольку она позволяла оценивать эффективность вакцины даже в ситуации, когда интенсивность передачи вируса Эбола значительно снизилась.

На основании критериев, установленных в ходе предыдущих консультаций по вакцине против Эболы, для клинических испытаний вакцины в Гвинею была отобрана кандидатная вакцина rVSV-ZEBOV (первоначально разрабатывалась Агентством общественного здравоохранения Канады, в настоящее время разрабатывается фармацевтической компанией Merck). После получения необходимого заключения об этичности проведения испытаний, обучения персонала и логистической подготовки к работе на местах в период с марта по октябрь 2015 г. были вакцинированы свыше 8000 человек в более чем 100 группах («кольцах»). Опубликованные в июле 2015 г. предварительные результаты показали 100-процентную эффективность вакцины rVSV-ZEBOV и что ее применение в рамках стратегии "кольцевой" вакцинации дает, как представляется, наибольший эффект на популяционном уровне. По состоянию на февраль 2016 г. эти результаты являются единственными имеющимися в наличии данными об эффективности какой-либо вакцины-кандидата против Эболы и они имеют решающее значение для лицензирования вакцины rVSV-ZEBOV. В целом "кольцевые" клинические испытания вакцины против вируса Эболы в Гвинею наглядно демонстрируют способность ВОЗ в сотрудничестве с экспертами изыскивать инновационные подходы к исследованиям и мерам вмешательства в области здравоохранения и эффективно внедрять их в практику даже в ходе чрезвычайных ситуаций и в самых сложных условиях.

В состав работающего под руководством ВОЗ консорциума по проведению клинических испытаний входят Министерство здравоохранения Гвинеи, организация «Врачи без границ», ассоциация EPICENTRE и Норвежский институт общественного здравоохранения. Испытания финансируются за счет средств ВОЗ при поддержке Wellcome Trust, Министерства международного развития Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии, Министерства иностранных дел Норвегии (направляющего средства Норвежскому институту здравоохранения через Совет по научным исследованиям Норвегии), правительства Канады (предоставляющего средства Агентству общественного здравоохранения Канады, Канадскому институту медицинских исследований, Международному центру исследований в области развития и Министерству иностранных дел, торговли и развития) и организации «Врачи без границ».

Наряду с клиническими разработками вакцины против Эболы ВОЗ сыграла важнейшую роль в подготовке рекомендаций и наращивании потенциала для внедрения разрабатываемой вакцины. В феврале 2015 г. по инициативе ВОЗ была создана Глобальная группа по внедрению вакцины против Эболы (ГГВВВЭ), в задачи которой входит оказание поддержки затронутым странам в подготовке крупномасштабного внедрения вакцины в соответствии с рекомендациями ВОЗ. В настоящее время в состав Группы входят страны Западной Африки, наиболее затронутые эпидемией Эболы в 2014–2015 гг., а также ключевые партнеры – Фонд Билла и Мелинды Гейтс, Центры по контролю и профилактике заболеваний Соединенных Штатов Америки, Альянс ГАВИ, ЮНИСЕФ, USAID и ВОЗ. Работающая под руководством координационного совета ГГВВВЭ подразделяется на три рабочие группы: (i) осуществление на страновом уровне, (ii) мониторинг, надзор и оценка воздействия и (iii) поставки, распределение и закупки вакцины.

ГГВВВЭ подготовила рекомендации для стран по проведению вакцинации в период вспышки лихорадки Эбола в 2014–2015 гг. и в качестве ответной меры на будущие вспышки других способных вызвать эпидемии инфекционных болезней, а также руководство по проведению мониторинга в период внедрения вакцины. Не менее важно и то, что Группа обеспечила разработку моделей обеспечения бесперебойного снабжения и расчета сроков поставок, исходя из различных потенциальных сценариев спроса, способствовала учреждению Международной координационной группы по созданию глобальных запасов вакцины против Эболы на случай чрезвычайных ситуаций, а также определила порядок закупок этой вакцины. Поскольку передачу вируса Эбола удалось прервать, в настоящее время

Группа переориентировала свою деятельность на разработку общих планов экстренных мероприятий при будущих вспышках заболеваний.

Наконец, ВОЗ продолжает активно заниматься решением одной из своих давних задач, а именно разработкой глобальных рекомендаций по иммунизации как основы политики в области иммунизации, используя при этом услуги прежде всего Стратегической консультативной группы экспертов (СКГЭ) по иммунизации. Созданная в 1999 г. СКГЭ является для ВОЗ основной консультативной группой по проблемам вакцин и иммунизации. В ее задачи входит представление ВОЗ рекомендаций по вопросам глобальной политики и стратегий в диапазоне от вакцин и технологий, исследований и разработок до организации иммунизации и ее увязывания с другими мерами вмешательства в области здравоохранения. На заседаниях СКГЭ в октябре 2014 г. и в апреле 2015 г. Группа представила обновленные данные о ситуации с распространением лихорадки Эбола в Западной Африке и о ходе разработки вакцины. В октябре 2015 г. СКГЭ подробно рассмотрела следующие аспекты: имеющиеся данные об эпидемиологии, факторах риска и особенностях передачи лихорадки, вызываемой вирусом Эбола; ход разработки вакцины; предварительные результаты испытаний вакцин-кандидатов, находящихся на более продвинутых стадиях разработки; подготовка к внедрению вакцин; и прогнозы относительно последствий вакцинации при различных сценариях развития эпидемиологической ситуации. На основе этих данных СКГЭ представила четыре временные рекомендации по вакцинации, которые не относятся конкретно ни к одной из разрабатываемых вакцин против вируса Эбола и подлежат пересмотру по получении дополнительных данных. Кроме того, СКГЭ определила 10 дополнительных направлений изучения фактических данных или проведения исследований.

В целом эти действия по разработке вакцин осуществлялись беспрецедентно быстро и продемонстрировали способность ВОЗ объединять и координировать в одном направлении усилия многочисленных внешних партнеров, равно как и ряда своих подразделений, занимающихся этими вопросами.

Все вышесказанное наглядно демонстрирует работу в программной области, касающейся болезней, предотвратимых с помощью вакцин. Вышеуказанное служит убедительным примером выполнения ВОЗ одной из шести своих основных функций, а именно «Обеспечение лидерства по вопросам, имеющим важное значение для здоровья, и участие в партнерствах, если необходимы совместные действия».

В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету¹.

¹ Доступно по адресу <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/159>, по состоянию на 7 апреля 2016 года.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью () Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземно-море	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
1.5.1.	Осуществление и контроль реализации глобального плана действий по вакцинам в рамках Десятилетия сотрудничества по вакцинам с особым акцентом на охват категорий населения, не охваченных вакцинацией или прошедших недостаточную вакцинацию	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.5.2.	Активизация мер и контроль мероприятий по ликвидации кори и коревой краснухи, а также содействие в реализации стратегий борьбы с гепатитом В	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.5.3.	Определение целевых профилей препарата для новых вакцин и других технологий иммунизации, а также согласование приоритетов исследовательской деятельности в целях разработки вакцин, значимых для общественного здравоохранения, а также устранения барьеров, препятствующих иммунизации	✓	!	✓	н/п	✓	✓	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземно-море	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	163 200	9300	40 800	12 300	39 300	26 100	55 800	346 800
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	17 231	3233	3821	842	3171	1960	6730	36 988
Добровольные взносы, обусловленные	106 062	10 811	19 347	12 372	22 410	20 165	58 814	250 008
Всего	123 293	14 044	23 168	13 214	25 581	22 125	65 544	286 996
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	76%	151%	57%	107%	65%	85%	117%	83%
Расходы на персонал								
	26 443	7997	5441	4688	5987	7081	30 362	87 999
Расходы на осуществление деятельности								
	81 768	5798	15 888	7 929	18 353	13 295	25 130	168 161
Совокупные расходы	108 211	13 795	21 329	12 617	24 340	20 376	55 492	256 160
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	66%	148%	52%	103%	62%	78%	99%	74%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	88%	98%	92%	95%	95%	92%	85%	89%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	30%	9%	6%	5%	7%	8%	35%	100%

Категория 2

НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ



С провозглашением Целей в области устойчивого развития новый импульс получила борьба с неинфекционными заболеваниями, которые в рамках конкретной целевой задачи включены в Цели в области устойчивого развития (снижение на треть преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний), а кроме того, они являются частью некоторых других целевых задач, связанных со здравоохранением. Начало такому повышенному вниманию к неинфекционным заболеваниям положило принятие Генеральной Ассамблеей в 2011 г. Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.

В 2013 г. Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2030 годы. На втором Совещании высокого уровня Организации Объединенных Наций по неинфекционным заболеваниям в 2014 г. правительства определили на 2015 и 2016 гг. четыре первоочередных временных обязательства в рамках подготовки к третьему аналогичному Совещанию высокого уровня, запланированному на 2018 год.

Чтобы отследить ход выполнения 194 государствами – членами ВОЗ этих четырех временных обязательств, в сентябре 2015 г. ВОЗ опубликовала первый Монитор ВОЗ по отслеживанию прогресса в области неинфекционных заболеваний, который включает 18 конкретных мер, которые государства должны принять для выполнения своих обещаний, данных в 2014 году. Несмотря на беспрецедентное усиление национальных ответных мер на неинфекционные заболевания в настоящее время, данные

Мониторы свидетельствуют о том, что при простом поддержании процесса усиления этих мер на текущем уровне достигнутый прогресс окажется недостаточным для выполнения обещаний, данных государствами в 2014 году.

Вышесказанное свидетельствует о том, что при наличии политической приверженности ускорению деятельности по борьбе с неинфекционными заболеваниями слишком многие страны, к сожалению, до сих пор так и не воплотили принятые ими в 2014 г. обязательства в реальные действия.

В январе 2016 г. ВОЗ сообщила своему Исполнительному комитету о том, что с 2011 г. стала уменьшаться вероятность смерти в возрасте от 30 до 70 лет от одного из основных неинфекционных заболеваний, равно как и воздействие некоторых факторов риска, таких как распространенность употребления табака в настоящее время среди лиц в возрасте от 18 лет и старше, распространенность повышенного кровяного давления среди лиц в возрасте от 18 лет и старше, а также потребление алкоголя на душу населения. Аналогичным образом стало возрастать количество стран, имеющих в структуре своего министерства здравоохранения действующие отделы по борьбе с неинфекционными заболеваниями.

Достигнутые успехи побудили ВОЗ заявить о возможности достижения глобальной цели уменьшения на треть преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний к 2030 году. В рамках ответных мер по борьбе с неинфекционными заболеваниями на предстоящие два года следует учесть выводы, содержащиеся в Мониторе ВОЗ по отслеживанию прогресса в области неинфекционных заболеваний за 2015 г.; обеспечить охват стран, оставшихся в стороне, и использовать возможности, которые открывают Цели в области устойчивого развития. Эти Цели дают правительствам полномочия по преодолению изолированного характера ответных мер на неинфекционные заболевания и раскрытию их потенциала, позволяющего им внести вклад в глобальные коллективные действия и сотрудничество, чтобы одновременно решать проблемы, связанные с психическим здоровьем и злоупотреблением психоактивными средствами, инвалидностью, профилактикой насилия и травматизма, а также питанием.

Для решения этой задачи на страновом уровне ВОЗ разрабатывает концептуальную основу ускоренных действий в целях предоставления государствам-членам системы разработки на основе существующих планов и процессов собственных планов действий в этих областях для достижения национальных приоритетных целей и целевых показателей. Концептуальная основа включает фактические данные о препятствиях к достижению прогресса и рекомендации по их преодолению. Эти фактические данные свидетельствуют о наличии ряда испытанных и проверенных политических мер, которые обеспечат продвижение вперед при их адаптации к национальной специфике, а также при умелом руководстве и наличии потенциала, финансирования и координации между отраслями и заинтересованными сторонами, необходимых для их осуществления.

Государства-члены во всем мире располагают окном возможностей не более чем в 24 месяца – за это время, до начала Сессии ООН высокого уровня в 2018 г., им необходимо расширить масштаб принимаемых мер. Сегодняшние действия позволят спасти человеческие жизни и сэкономить средства в будущем.

СВОДНЫЕ ФИНАНСОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО КАТЕГОРИИ 2, 2014–2015 гг. (ТЫС. ДОЛЛ. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	56 500	21 700	21 800	32 800	23 500	42 100	119 500	317 900
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	28 991	12 061	14 370	9427	12 393	16 624	51 265	145 131
Добровольные взносы, обусловленные	21 056	3787	3612	12 490	2827	16 764	53 243	114 600
Всего	50 047	15 848	17 982	21 917	15 220	33 388	104 508	259 731
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	89%	73%	82%	67%	65%	79%	87%	82%
Расходы на персонал								
Расходы на осуществление деятельности	23 127	7877	6755	9713	6222	12 182	60 843	126 719
Совокупные расходы	45 390	15 618	16 909	20 283	15 225	32 398	91 774	237 597
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	80%	72%	78%	62%	65%	77%	77%	75%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	91%	99%	94%	93%	100%	97%	88%	91%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	18%	6%	5%	8%	5%	10%	48%	100%

2.1 НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 2.1. РАСШИРЕНИЕ ДОСТУПА К МЕРОПРИЯТИЯМ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И КОНТРОЛЮ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ФАКТОРОВ РИСКА

Предотвращение смерти людей от неинфекционных заболеваний в слишком молодом возрасте

Ставшая поворотным пунктом Глобальная стратегия ВОЗ 2000 г. по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними продолжает вдохновлять весь мир. В период между 2000 г. и 2012 г. вероятность преждевременной смерти от одного из четырех основных неинфекционных заболеваний снизилась во всем мире на 15%. Стандартизированные по возрасту показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний снизились в период между 2000 г. и 2012 г. на 16% во всем мире и уменьшились в каждом регионе. Стандартизированные по возрасту показатели смертности от рака снизились в 2000–2012 гг. на 6%. Впечатляющий прогресс был достигнут в борьбе с хроническими респираторными заболеваниями: в период между 2000 г. и 2012 г. стандартизированные по возрасту оценочные показатели смертности от этих заболеваний уменьшились на 26%. Глобальная распространенность табакокурения среди лиц в возрасте от 15 лет и старше снизилась с 27% в 2000 г. до 21% в 2013 году. Особенно значительное снижение наблюдалось в странах ОЭСР с высоким уровнем дохода.

Достигнутый прогресс побудил мировых лидеров, собравшихся в 2011 г. на совещание высокого уровня, организованное под эгидой ВОЗ в рамках Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, прийти к общему мнению о том, что можно сделать гораздо больше для охвата людей, оставшихся в стороне в других странах, и снижения преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний. Принятая на этом совещании высокого уровня Политическая декларация по неинфекционным заболеваниям отражает сформулированное при посредничестве ВОЗ твердое обязательство мировых лидеров построить новый мир, совсем непохожий на тот, в котором мы живем в настоящее время. В этом новом мире неинфекционные заболевания больше не будут скрытыми, соответствующие показатели будут полноценно отражены в статистике; все, кому это требуется, будут получать лекарственную терапию и консультации для профилактики сердечных приступов и инсультов; все, вне зависимости от уровня доходов, будут иметь доступ к безопасным, недорогим, эффективным и качественным лекарственным препаратам и методам диагностики и лечения рака и диабета; молодые люди будут защищены от рисков и последствий потребления табака; все люди, вне зависимости от того, кто они и где живут, будут иметь доступ к недорогим пищевым продуктам, которые удовлетворяют требованиям, предъявляемым к здоровому рациону, пищевой ценности и стандартам маркировки, включая информацию о содержании сахаров, солей, жиров и трансжиров.

С момента одобрения этой Декларации в 2011 г. ВОЗ самым активным образом участвует в процессе сплочения министерств, учреждений Организации Объединенных Наций и организаций гражданского общества вокруг этих обязательств, чтобы создать мир, в котором никто не останется в стороне. В 2014 и 2015 гг. ВОЗ использовала свой опыт программирования в области неинфекционных заболеваний для оказания многим странам помощи в выработке их национальных ответных мер на неинфекционные заболевания. В Самоа ВОЗ оказывала Министерству здравоохранения, Национальной службе здравоохранения и женским объединениям помощь в реализации подготовленного ВОЗ комплекса важнейших мер вмешательства в области неинфекционных заболеваний (КВМВ) в деревнях по всей стране. КВМВ в Самоа имеет три основных направления – раннее выявление неинфекционных заболеваний, лечение неинфекционных заболеваний и повышение осведомленности местного сообщества о неинфекционных заболеваниях – и опирается на существующие общинные структуры. В Монголии ВОЗ и Корпорация Соединенных Штатов "Вызовы тысячелетия" оказывали отделу по вопросам питания при Национальном центре здравоохранения помощь в разработке и реализации проекта по сокращению использования соли в пищевой промышленности. В результате осуществления проекта «Щепотка соли» люди сократили свое дневное потребление соли почти на 2 грамма. В Аргентине ВОЗ помогла Министерству здравоохранения создать аналогичное государственно-частное партнерство с Аргентинской федерацией предприятий хлебопекарной промышленности. В Сенегале ВОЗ оказывала министерствам здравоохранения и электросвязи поддержку в разработке системы рассылки бесплатных СМС-сообщений, помогающих людям, больным диабетом, избежать осложнений,

вызванных постом и празднованиями во время Рамадана. ВОЗ оказывала поддержку в осуществлении аналогичных инициатив, предусматривающих использование мобильных технологий, в частности СМС-сообщений и мобильных приложений, для отказа от табака и профилактики рака шейки матки в Коста-Рике и Замбии.

В Бенине, Демократической Республике Конго и Иордании ВОЗ оказывала поддержку в осуществлении комплекса мер MPOWER¹ в соответствии с положениями Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, способствуя созданию национальных координационных механизмов. В Гамбии ВОЗ помогала Министерству финансов в реформировании налоговой политики, что привело к значительному повышению акцизов на табачную продукцию в 2015 г. В Китае ВОЗ помогла провести реформу политики в области налогообложения сигарет, которая привела к повышению цен на самые дешевые марки сигарет на 20%. Эта реформа имела большое значение еще и потому, что она привела к созданию важного прецедента: рост налогов на сигареты должен отражаться на розничных ценах на них, тем самым способствуя желаемому воздействию на здоровье населения через сокращение потребления табака. В Кении ВОЗ оказывала поддержку правительству в реформировании структуры налогообложения табачных изделий и повышении налогов на табачные изделия, что привело к немедленному сокращению потребления на 16% и к повышению налоговых доходов на 29%.

Вдохновленные этими примерами успешного опыта ВОЗ и опираясь на четыре качественно новых временных обязательства, взятых на себя министрами здравоохранения и иностранных дел на Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций в 2014 г. в целях ускорения принятия национальных ответных мер на неинфекционные заболевания, мировые лидеры заявили в 2015 г. о возможности достижения одной из глобальных задач Целей устойчивого развития – уменьшения преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний на треть к 2030 году. Принятое ими решение о всеобщем охвате ответными мерами на неинфекционные заболевания окажет глубокое воздействие на весь жизненный путь миллионов людей во всем мире на протяжении многих поколений. Мир после 2030 г. будет значительно отличаться от знакомого нам сегодняшнего мира – и ВОЗ продолжит содействовать его созданию.

В Индии правительство при поддержке ВОЗ первым в мире сформулировало особые национальные целевые показатели по неинфекционным заболеваниям, которые должны быть достигнуты в 2025 г., а также разработало национальный межотраслевой план действий по достижению этих целевых показателей с привлечением широкого круга заинтересованных сторон из правительства, неправительственных организаций, гражданского общества и частного сектора. В Непале ВОЗ помогла правительству обеспечить дальнейшее оказание помощи пациентам с диабетом и сердечными заболеваниями, оказавшимся в медицинских учреждениях, которые пострадали от землетрясения. В Бутане ВОЗ оказывала Министерству здравоохранения помощь в борьбе с гипертонией, сердечными заболеваниями и диабетом среди женщин в горных селениях. В Иордании ВОЗ оказывала помощь Министерству здравоохранения и неправительственным организациям, с тем чтобы система здравоохранения смогла удовлетворить потребности в лечении зарегистрированных беженцев с неинфекционными заболеваниями, прибывших в Иорданию из Сирийской Арабской Республики. В Мексике ВОЗ поддержала разработку правительством программы, обеспечивающей возможность лечения всем женщинам, у которых был диагностирован рак молочной железы.

Никогда еще у нас не было столько возможностей для развития достигнутого успеха и ускорения принятия ответных мер на неинфекционные заболевания в предстоящие два года: установленная мировыми лидерами амбициозная целевая задача в области неинфекционных заболеваний, естественно вписавшаяся в новую Повестку дня в области устойчивого развития, четыре временных национальных обязательства, принятых министрами в 2014 г., качественно новые основы политики, согласованные мировыми лидерами в 2011 г., последовавшее с тех пор развитие регионального и национального лидерства в области борьбы с неинфекционными заболеваниями и политических

¹ Мониторинг потребления табака и политика его предупреждения; Защита) людей от табачного дыма; Предложение помощи в целях прекращения употребления табака; Предупреждение об опасностях, связанных с табаком; Обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий; и Повышение налогов на табачные изделия.

институтов и решение о проведении третьего Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по неинфекционным заболеваниям в 2018 г., на котором предполагается провести обзор достигнутого прогресса и согласовать новый комплекс приоритетных целевых задач для следующего этапа на пути к 2030 году.

Начался отсчет оставшегося времени до 2018 года. Мир, освобожденный от предотвратимого бремени неинфекционных заболеваний, мир, в котором никто не останется в стороне, – это достижимая цель.

Изложенное выше служит наглядным примером работы, проведенной в программной области, касающейся неинфекционных заболеваний. ВОЗ оказывает поддержку большому количеству стран, способствуя принятию подкрепленных фактическими данными и тщательно документированных мер вмешательства, и, таким образом, вносит существенный вклад в достижение показателей конечных результатов в области борьбы с неинфекционными заболеваниями, касающихся уменьшения показателей в области злоупотребления алкоголем, употребления табака, повышенного кровяного давления, потребления соли, диабета и ожирения.

В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее информацию о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету¹.

¹ Доступно по адресу <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/160>, по состоянию на 7 апреля 2016 года.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью () Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземно-море	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
2.1.1.	Содействие разработке национальных многосекторальных программ и планов работы по осуществлению мер вмешательства в целях профилактики неинфекционных заболеваний и борьбе с ними	✓	!	✓	✓	!	✓	✓
2.1.2.	Первоочередное значение придано профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними при составлении национальных планов охраны здоровья и разработке программы развития	✓	!	✓	✓	!	✓	✓
2.1.3.	Внедрена система мониторинга для составления отчетов о ходе работы по выполнению обязательств, закрепленных в Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи и глобальном плане действий по профилактике заболеваний и борьбе с ними (2013–2020 гг.)	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземно-море	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	48 000	13 200	15 900	16 400	16 300	28 200	54 100	192 100
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	24 052	6103	9753	4917	7616	11 094	27 420	90 955
Добровольные взносы, обусловленные	5830	1407	2529	6861	1071	8636	16 852	43 186
Всего	29 882	7510	12 282	11 778	8687	19 730	44 272	134 141
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	62%	57%	77%	72%	53%	70%	82%	70%
Расходы на персонал								
	18 646	4244	4496	5339	3797	7397	25 506	69 425
Расходы на осуществление деятельности								
	9889	3226	6969	5095	4816	11 678	13 663	55 336
Совокупные расходы	28 535	7470	11 465	10 434	8613	19 075	39 169	124 761
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	59%	57%	72%	64%	53%	68%	72%	65%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	95%	99%	93%	89%	99%	97%	88%	93%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	27%	6%	6%	8%	5%	11%	37%	100%

2.2 ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ТОКСИКОМАНИЯ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 2.2. РАСШИРЕНИЕ ДОСТУПА К УСЛУГАМ В СВЯЗИ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И НАРУШЕНИЯМИ, ВЫЗВАННЫМИ ТОКСИКОМАНИЕЙ

От руководящих указаний к реальной ситуации в стране

Во всем мире 14% глобального бремени болезней можно отнести на счет психических и неврологических расстройств, а также расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Хотя почти каждый десятый человек страдает расстройством психического здоровья, в мировом масштабе лишь 1% специалистов-медиков занят в сфере охраны психического здоровья. В целях обеспечения нормативного руководства, предоставления инструментария и содействия расширению медицинской помощи людям с психическими и неврологическими расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в странах с низким и средним уровнем дохода, ВОЗ предложила Программы действий по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья (mhGAP).

Пакет mhGAP включает меры вмешательства в целях профилактики и лечения приоритетных состояний, связанных с психическими и неврологическими расстройствами и расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ. Эти приоритетные состояния были признаны ввиду их тяжелого бремени, связанных с ними значительных экономических издержек или нарушений прав человека. К числу таких приоритетных состояний относятся депрессия, психоз, суицид, эпилепсия, деменция, расстройства, обусловленные употреблением алкоголя, незаконных наркотиков, и психические расстройства у детей.

Основанные на фактических данных руководства mhGAP, разработанные в соответствии с методологией ВОЗ по разработке руководств, составляют техническую основу Руководства по принятию мер (mhGAP-IG). В разработке программы принимали участие международные группы экспертов и учреждений с опытом работы в разных областях деятельности, представлявшие все регионы ВОЗ. Руководства mhGAP были разработаны в 2009 г. и с тех пор регулярно обновляются и расширяются (последний пересмотр осуществлен в 2015 г.). Целевая аудитория состоит из лиц, оказывающих неспециализированную медико-санитарную помощь и работающих в учреждениях здравоохранения первого и второго уровней в странах с низким и средним уровнем дохода. Это могут быть врачи-терапевты, медицинские сестры или другие категории медицинского персонала.

В настоящее время mhGAP применяется в 90 странах во всех регионах ВОЗ; материалы mhGAP были переведены на 19 языков, в том числе на шесть официальных языков Организации Объединенных Наций.

Разработка и осуществление пакета mhGAP является примером передовой практики в разделении труда на трех уровнях Организации: штаб-квартира ВОЗ предоставила нормативное руководство и инструментарий, а региональные и страновые бюро играют ведущую роль в адаптации программы к ситуации в регионах и ее широкомасштабном осуществлении.

Ниже приводится ряд примеров применения mhGAP в настоящее время.

- Расширение масштабов предоставления услуг по охране психического здоровья и сокращение пробелов в лечении. В Эфиопии mhGAP является одним из важнейших компонентов Национальной стратегии в области психического здоровья на 2012–2016 гг. и служит для предоставления всеобъемлющих и комплексных услуг на уровне общин, например в районе Содо, зона Гураре. Благодаря обучению на базе mhGAP-IG 119 медицинских сестер и 92 медицинских работников охват услугами людей с психическими расстройствами в этих районах достиг в настоящее время 80%. Тысячи людей во Вьетнаме, Гане, Мозамбике и Мьянме являются бенефициарами осуществляемой в настоящее время программы по сокращению пробела в лечении эпилепсии. В Гане таким проектом охвачено примерно 1,2 миллиона человек в 10 округах. За последние четыре года пробел в лечении эпилепсии был сокращен на 30%. В Мьянме проектом охвачены 1,4 миллиона человек в восьми волостях, за последние три года пробел в лечении эпилепсии был сокращен в среднем на 38%.

- Использование mhGAP в программах профессиональной подготовки работников здравоохранения: mhGAP была использована Мадридским университетом для модернизации преддипломной практики будущих врачей в высших учебных заведениях Мексики; для разработки программы послевузовского образования по вопросам оказания первичной помощи в области психического здоровья в Ливии (в сотрудничестве с Национальным центром контроля заболеваний в Триполи и страновым бюро ВОЗ в Ливии); и для модернизации программы обучения студентов университетов Амуд и Харгейсы (Сомали) в сотрудничестве с Кингс-колледжем (Лондон).
- Сотрудничество и партнерские отношения в целях осуществления программы. Не только министерства здравоохранения используют пакет mhGAP для расширения масштабов предоставления помощи в области психического здоровья. Ряд других заинтересованных сторон, в том числе сотрудничающие центры ВОЗ, учреждения Организации Объединенных Наций, профессиональные ассоциации, национальные и международные неправительственные организации и фонды, также пользуются руководством и инструментарием mhGAP. Европейский союз финансировал осуществление mhGAP в ряде мест, в том числе на Западном берегу реки Иордан и в секторе Газа, в Нигерии и Эфиопии. За счет средств неправительственной организации Grand Challenges Canada финансировались 13 проектов с использованием материалов mhGAP в 11 странах в четырех регионах ВОЗ. Осуществляемая при поддержке Министерства международного развития Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии Программа по улучшению оказания помощи в области психического здоровья (PRIME) направлена на расширение охвата лечением приоритетных психических расстройств посредством применения и оценки руководств mhGAP в пяти странах (Индия, Непал, Уганда, Южная Африка и Эфиопия).
- Использование mhGAP в чрезвычайных ситуациях. Потребности населения в услугах в условиях чрезвычайной ситуации могут превысить существующие возможности и ресурсы. Во время чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения в результате вспышки болезни, вызванной вирусом Эбола, и после окончания этой чрезвычайной ситуации страновые бюро ВОЗ в Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне использовали mhGAP для расширения масштабов услуг, оказываемых лицам, перенесшим лихорадку Эбола, и лицам, осуществлявшим уход за ними. На Филиппинах mhGAP использовалась для включения услуг по оказанию помощи в области психического здоровья в общий комплекс медико-санитарной помощи в регионе с населением 4 миллиона человек, серьезно пострадавшем от тайфуна "Хайян". После повышения квалификации более 500 специалистов-медиков в Сирийской Арабской Республике mhGAP используется в настоящее время для предоставления услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи более чем в 10 провинциях страны, в том числе в районах, наиболее затронутых текущим конфликтом. Благодаря программе mhGAP в 2015 г. 18% функционирующих учреждений здравоохранения первого и второго уровней в Сирийской Арабской Республике впервые начали оказывать медико-санитарную помощь в области психического здоровья.

Описание реализации руководящих указаний mhGAP четко демонстрирует этапы программы – от разработки норм и стандартов до действий на уровне страны. В этом описании также отражен уникальный вклад каждого из трех уровней Организации. Результаты осуществления mhGAP способствуют достижению показателей конечного результата – расширения охвата услугами людей с тяжелыми психическими расстройствами и сокращения показателей самоубийств.

В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету¹.

¹ Доступно по адресу <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/161>, по состоянию на 7 апреля 2016 года.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (⚠) Результат/вклад обеспечен частично (✗) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
2.2.1.	Укрепление потенциала стран для осуществления национальных политики и планов в соответствии с глобальным планом действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг.	✓	⚠	✓	✓	✓	✓	✓
2.2.2.	Повышение качества услуг по пропаганде укрепления и защиты психического здоровья, профилактике, лечению и восстановлению посредством информационного обеспечения, более эффективного методического руководства и инструментов для комплексной системы услуг в области психического здоровья	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.2.3.	Расширение и укрепление страновых стратегий, систем и мер вмешательства в области расстройств, связанных с употреблением алкоголя и психоактивных веществ	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	2300	2600	1400	7200	2800	4300	18 600	39 200
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	1765	1741	1190	2606	1998	2131	7775	19 206
Добровольные взносы, обусловленные	624	16	305	1660	0	1117	11 124	14 846
Всего	2389	1757	1495	4266	1998	3248	18 899	34 052
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	104%	68%	107%	59%	71%	76%	102%	87%
Расходы на персонал								
	661	1028	557	2172	869	1228	11 246	17 761
Расходы на осуществление деятельности								
	1006	736	915	1980	1116	1868	5444	13 065
Совокупные расходы	1667	1764	1472	4152	1985	3096	16 690	30 826
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	72%	68%	105%	58%	71%	72%	90%	79%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	70%	100%	98%	97%	99%	95%	88%	91%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	4%	6%	3%	12%	5%	7%	63%	100%

2.3 НАСИЛИЕ И ТРАВМАТИЗМ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 2.3. СОКРАЩЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НАСИЛИЯ И ТРАВМАТИЗМА С УПОРОМ НА БЕЗОПАСНОСТЬ ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ, ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ И НАСИЛИЕ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ, ЖЕНЩИН И МОЛОДЕЖИ

Цели в области устойчивого развития стимулируют принятие неотложных мер по обеспечению безопасности дорожного движения

Дорожно-транспортным происшествиям, которые ежегодно становятся причиной 1,25 миллиона случаев смертей и 20–50 миллионов несмертельных травм и обходятся государствам в 3–5% их валового внутреннего продукта, наконец стала уделяться большая доля того внимания, которого они на самом деле заслуживают. Две тысячи пятнадцатый год имел решающее значение для безопасности дорожного движения, как вследствие проведения ряда резонансных мероприятий, так и пришедшейся на него кульминации более чем десятилетних совместных усилий по спасению жизней на дорогах мира. Со времени публикации в 2004 г. подготовленного ВОЗ и Всемирным банком *Всемирного доклада о предупреждении дорожно-транспортного травматизма* в общественном сознании произошли изменения, и теперь дорожно-транспортные происшествия по праву считаются серьезной проблемой в области здравоохранения и развития.

Соответствующие изменения в общественном сознании привели к принятию мер, что позволяет рассчитывать на определенные положительные сдвиги. В *Докладе ВОЗ о состоянии безопасности дорожного движения в мире за 2015 г.* была отмечена наблюдающаяся на глобальном уровне стабилизация количества случаев смерти в дорожно-транспортных происшествиях по сравнению с показателями трехлетней давности. Наиболее высокий показатель смертности на дорогах по-прежнему имеет место в Африканском регионе, а самый низкий – в Европейском регионе. Несмотря на достигнутый прогресс, в докладе подчеркивается необходимость использовать для решения этой проблемы комплексный метод «безопасных систем», тем самым уделяя приоритетное внимание не только поведению пользователей, но и другим компонентам системы, а именно – безопасной инфраструктуре и безопасным автомобилям. Поскольку почти половина всех случаев смерти в дорожно-транспортных происшествиях приходится на тех, кто передвигается не на автомобилях, то есть на пешеходов, велосипедистов и мотоциклистов, следует уделять большее внимание преобразованию, в частности, городской инфраструктуры для лучшей защиты этих уязвимых участников дорожного движения.

В сентябре 2015 г. была достигнута очередная веха: усилиями ВОЗ и многих ее партнеров тема безопасности дорожного движения получила отражение в двух Целях устойчивого развития – Цели 3, касающейся здравоохранения, и Цели 11, касающейся устойчивых городов и сообществ. Чрезвычайно амбициозная Целевая задача 3.6 – вдвое сократить во всем мире количество смертей и травм в результате дорожно-транспортных происшествий – принадлежит к небольшому числу целевых задач, сроком достижения которых является 2020 год. Это значит, что в течение следующих пяти лет в мире надо будет предотвратить приблизительно 600 000 смертей. Для этого потребуются значительно усилить согласованные действия, предпринимаемые межотраслевыми учреждениями, правительствами, международными организациями, гражданским обществом и частным сектором. В связи с этим ВОЗ вместе с международными партнерами занимается разработкой комплекса основных мероприятий, которые помогут государствам-членам внедрить эффективные и рентабельные стратегии ускоренного решения этой проблемы.

Вторая Всемирная конференция высокого уровня по безопасности дорожного движения, организованная правительством Бразилии при участии ВОЗ в ноябре 2015 г., позволила совместно с политиками самого высокого уровня наметить пути достижения амбициозной целевой задачи, установленной в Целях устойчивого развития. На Конференции была принята Бразилианская декларация, призывающая все страны усилить меры по обеспечению безопасности дорожного движения. В 2016 г., возможно, будут приняты резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций и Ассамблеи здравоохранения в поддержку рекомендаций, содержащихся в этой декларации.

Хотя данные политические процессы способствуют активизации действий, реальная оценка их ценности зависит от того, смогут ли они стать рычагами для изменений в странах. Это выражается в принятии и применении законодательства, касающегося скоростного режима и управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, а также обязательного использования мотоциклетных шлемов, ремней безопасности и детских удерживающих устройств; в повышении безопасности дорожного движения и транспортных средств; в улучшении качества помощи в случае каких-либо травм. В течение нынешнего и предыдущего двухгодичного периодов ВОЗ, во взаимодействии с партнерами, помогла добиться существенных улучшений в странах и продемонстрировать эти успехи. К ним среди прочего относятся уменьшение количества нарушений скоростного режима и более широкое использование ремней безопасности в Российской Федерации и Турции, уменьшение количества случаев управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения и более широкое использование мотоциклетных шлемов во Вьетнаме и Камбодже.

В рамках Десятилетия действий по обеспечению безопасности дорожного движения (2011–2020 гг.), провозглашенного Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в 2010 г., ВОЗ сконцентрирует внимание на оказании государствам-членам технической помощи в области применения и мониторинга эффективных методов обеспечения безопасности дорожного движения, а также продолжит действовать в качестве координатора по вопросам безопасности дорожного движения в системе Организации Объединенных Наций вместе с региональными комиссиями Организации Объединенных Наций.

Изложенное выше служит наглядным примером работы, проведенной в программной области, касающейся насилия и травматизма. Сегодня очевидно – и об этом свидетельствуют данные *Доклада ВОЗ о состоянии безопасности дорожного движения в мире за 2015 г.*, – что все действия, которые ВОЗ и ее партнеры в течение ряда лет предпринимали для привлечения внимания мирового сообщества к проблемам безопасности дорожного движения, способствуют достижению целевой задачи по сокращению количества смертей в результате дорожно-транспортных происшествий.

В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету¹.

¹ Доступно по адресу <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/162>, по состоянию на 7 апреля 2016 года.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью () Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземно-море	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
2.3.1.	Разработка и реализация многосекторальных планов и программ предотвращения травматизма с акцентом на достижения целей, поставленных в рамках Десятилетия действий по обеспечению безопасности дорожного движения (2011–2020 гг.)	!	!	✓	✓	✓	✓	!
2.3.2.	Страны и партнеры имеют возможность разрабатывать и реализовывать программы и планы профилактики детского травматизма	✓	н/п	✓	✓	✓	✓	!
2.3.3.	Содействие в разработке и реализации мер политики и программ, направленных на решение проблем насилия в отношении детей, женщин и молодежи	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземно-море	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	1400	2200	900	6700	1000	4200	14 700	31 100
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	789	1383	1732	1093	820	1350	4920	12 087
Добровольные взносы, обусловленные	1136	1686	710	2316	193	3191	9516	18 748
Всего	1925	3069	2442	3 409	1013	4541	14 436	30 835
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	138%	140%	271%	51%	101%	108%	98%	99%
Расходы на персонал								
	590	1532	954	1340	583	1179	9604	15 782
Расходы на осуществление деятельности								
	1010	1504	1229	2073	348	3216	3842	13 222
Совокупные расходы	1600	3036	2183	3413	931	4395	13 446	29 004
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	114%	138%	243%	51%	93%	105%	91%	93%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	83%	99%	89%	100%	92%	97%	93%	94%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	4%	10%	6%	8%	4%	7%	61%	100%

2.4 ИНВАЛИДНОСТЬ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 2.4. РАСШИРЕНИЕ ДОСТУПА К УСЛУГАМ ДЛЯ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Установление лидерства ВОЗ в области оказания помощи лицам с нарушениями слуха: тематическое исследование

«Заядлый бегун Мэтью Брэди любил слушать музыку в наушниках, ежедневно упражняясь на беговой дорожке. Не зная о воздействии громких звуков на слух, он включал музыку так громко, что ее могли слышать даже его родители, находившиеся на нижнем этаже. Он забеспокоился, когда стал с трудом слышать то, что говорили вокруг. Проблема становилась особенно очевидной в местах с громким фоновым шумом, например в ресторанах. Он начал говорить громко, чтобы компенсировать потерю слуха. Несколько месяцев он провел в поисках помощи специалиста, и в итоге у него была диагностирована перманентная потеря слуха вследствие повреждения ультраструктуры внутреннего уха из-за громких звуков. В настоящее время Мэтью научился жить с потерей слуха. В этом ему помогает чтение по губам. Он изменил свою привычку слушать музыку на большой громкости, чтобы предотвратить дальнейшие нарушения слуха, и стал заниматься информационно-разъяснительной работой по профилактике потери слуха, повышая общественную осведомленность и содействуя распространению безопасных методов прослушивания».

Мэтью поделился своей историей в ходе консультации, организованной ВОЗ в октябре 2015 года. Эта ситуация – наглядный пример риска, с которым сталкиваются более 1 млрд. подростков и молодых взрослых, подвергающихся регулярному или продолжительному воздействию громких звуков во время пребывания в развлекательных заведениях или при ненадлежащем использовании персональных аудиоустройств (музыкальных плееров и наушников).

Во всем мире инвалидизирующей потерей слуха страдают 360 миллионов человек (около 5% населения планеты), в том числе 32 миллиона детей. Потеря слуха может быть вызвана самыми различными причинами, причем многие из них можно предотвратить. К ним относятся инфекции, предотвратимые с помощью вакцин, осложнения во время родов, употребление ототоксичных лекарственных препаратов, воздействие звука травмирующей громкости, как на шумных развлекательных мероприятиях, так и на рабочих местах. В 2014–2015 гг. ВОЗ, в частности, обратила внимание на опасность, которую представляет для молодежи воздействие шума в развлекательных заведениях.

В марте 2015 г. ВОЗ начала осуществлять инициативу «Не подвергайте свой слух опасности» в целях эффективного предупреждения и предотвращения возрастающей угрозы потери слуха, вызванной шумом. ВОЗ и ее партнеры способствовали распространению этой инициативы по всему миру, сделав ее основной темой Международного дня охраны здоровья уха и слуха. При помощи семинара, а также инновационных информационных материалов и информационно-разъяснительной работы с привлечением средств массовой информации ВОЗ привлекла внимание общества к нависшей над ним угрозе эпидемии и стремилась донести информацию о безопасных методах слушания до всех заинтересованных сторон, включая пользователей персональных аудиоустройств, производителей и специалистов. Партнерские организации и представители прессы во всем мире подхватили эту тему и оказали поддержку ВОЗ путем информационно-разъяснительной работы в социальных сетях, пресс-релизов, теле- и радиопрограмм, а также мероприятий по повышению осведомленности.

Осуществляя свою основную функцию – обеспечение лидерства и участие в партнерствах, – ВОЗ предложила всем заинтересованным сторонам согласовать дальнейшие действия по пропаганде безопасного слушания. Специалисты в области отоларингологии, инженеры звукозаписи, представители профессиональных организаций, производители персональных аудиосистем и представители гражданского общества собрались в Женеве в октябре 2015 г. в целях выработки согласованной комплексной стратегии действий.

В рамках осуществления этой инициативы ВОЗ решает следующие задачи:

- Определение стандартов безопасных для слуха устройств: ВОЗ в сотрудничестве с Международным союзом электросвязи занимается разработкой новых глобальных стандартов для персональных аудиосистем, соответствующих рекомендациям в отношении безопасных методов

слушания. Как ожидается, устройства, изготовленные в соответствии с этими международными стандартами, ограничат воздействие шума на пользователей. Кроме того, эти устройства также будут предоставлять информацию и сообщения, пропагандирующие практику безопасного слушания среди пользователей.

- Разработка безопасного для слуха программного обеспечения («приложений для безопасного слушания»): при помощи этого медиаплеера пользователи смогут слушать музыку и при этом следить за громкостью звука и продолжительностью прослушивания. Плеер поможет пользователям определить их ежедневную дозу воздействия громких звуков и будет предупреждать их о превышении безопасного уровня.
- Разработка стандартизированного протокола обследования для выявления потери слуха, вызванной громким звуком на развлекательных мероприятиях: благодаря этому протоколу исследователи получают стандартизированный инструментарий для сбора данных о потере слуха, вызванной воздействием громкого звука в местах развлечений, и смогут использовать его для мониторинга дальнейших тенденций.
- Разработка сообщений о безопасном слушании: эти сообщения можно будет распространять через пользовательский интерфейс устройств, способствуя изменению привычек слушателей.

В целом деятельность ВОЗ по профилактике глухоты и потери слуха направлена на минимизацию потери слуха, вызванной предотвратимыми причинами, и предоставление лицам с непредотвратимой потерей слуха возможностей полной самореализации путем реабилитации, образования и расширения прав и возможностей. Основное внимание в рамках этого направления деятельности уделяется повышению осведомленности в отношении потери слуха и болезни уха, разработке основанного на фактических данных технического инструментария и предоставлению технической поддержки государствам-членам.

Изложенное выше служит наглядным примером работы, проведенной в программной области, касающейся инвалидности и реабилитации. Уделение в 2014–2015 гг. приоритетного внимания проблеме нарушений слуха является первым этапом пути, на котором ВОЗ предстоит осуществлять ряд своих основных функций через разработку норм и стандартов, выработку вариантов мер политики в целях предоставления технической поддержки на страновом уровне. В целом в рамках периода осуществления Двенадцатой общей программы работы эта деятельность будет способствовать достижению конечного результата, а именно расширению доступа к услугам для лиц с нарушениями слуха.

В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету¹.

¹ Доступно по адресу <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/163>, по состоянию на 7 апреля 2016 года.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (!) Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземно-море	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
2.4.1.	Выполнение рекомендаций, содержащихся во Всемирном докладе об инвалидности и принятых Советом высокого уровня Генеральной Ассамблеи по инвалидности и развитию	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓
2.4.2.	Страны имеют возможность активизировать работу по предоставлению услуг, направленных на снижение уровня инвалидности вследствие ухудшения зрения и потери слуха, посредством внедрения более эффективных мер политики и интеграции услуг	✓	!	✓	н/п	✓	✓	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземно-море	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	900	900	600	500	400	2300	9900	15 500
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	542	514	326	37	604	525	2872	5420
Добровольные взносы, обусловленные	909	90	23	832	274	2995	6549	11 672
Всего	1451	604	349	869	878	3520	9421	17 092
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	161%	67%	58%	174%	220%	153%	95%	110%
Расходы на персонал								
	566	271	51	227	364	1372	3851	6702
Расходы на осуществление деятельности								
	464	283	352	614	427	2145	2672	6957
Совокупные расходы	1030	554	403	841	791	3517	6523	13 659
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	114%	62%	67%	168%	198%	153%	66%	88%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	71%	92%	115%	97%	90%	100%	69%	80%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	8%	4%	1%	3%	5%	20%	57%	100%

2.5 ПИТАНИЕ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 2.5. УМЕНЬШЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, СВЯЗАННЫХ С ПИТАНИЕМ

Переориентация дискуссии о питании – масштабная программа действий

Ассамблея здравоохранения определила круг проблем в области питания, взяв на себя обязательство по достижению к 2025 г. шести глобальных целевых ориентиров в отношении питания, в том числе сокращения задержки в развитии, истощения детей в возрасте до пяти лет, пресечения роста ожирения, сокращения анемии среди матерей и низкой массы тела при рождении, увеличения распространенности грудного вскармливания. В настоящее время мы признаем, что во всем мире распространены различные формы неправильного питания, затрагивающие почти все страны и оказывающие огромное влияние на здоровье и развитие. Нездоровый рацион и ненадлежащее питание матерей и детей грудного возраста лидируют среди факторов роста глобального бремени заболеваний.

Совместно организованная ФАО и ВОЗ в 2014 г. вторая Международная конференция по проблемам питания (МКП-2) указала, что продовольственные системы не функционируют должным образом, и правительства обязались незамедлительно принять меры по исправлению ситуации, с тем чтобы сделать задачу обеспечения здорового питания на протяжении всей жизни главной целью политики и программ, определяющих производство, распределение и потребление продовольствия.

В Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. подтверждаются эти подходы и содержатся обязательства обеспечить всем людям круглогодичный доступ к безопасной, питательной и достаточной пище, покончить со всеми формами недоедания, удовлетворять потребности в питании девочек подросткового возраста, беременных и кормящих женщин и пожилых людей. Эти принципы также являются неотъемлемой частью Глобальной стратегии по охране здоровья женщин, детей и подростков на 2016–2030 гг. и деятельности Комитета по всемирной продовольственной безопасности в области питания.

Воздействие этих изменений политики становится все более заметным. В настоящее время работа всех региональных бюро и штаб-квартиры ВОЗ в сфере питания полностью охватывает проблему двойного бремени неправильного питания. Региональные бюро для Западной части Тихого океана, Северной и Южной Америки и Европы недавно обновили свои региональные планы работы в области питания; в этот процесс также включились региональные бюро для Юго-Восточной Азии, Восточного Средиземноморья и Африки. Государства-члены установили собственные национальные целевые показатели и приняли обязательства в области питания, отражающие весь спектр проблем неправильного питания, а также политические рекомендации, сформулированные МКП-2.

ВОЗ консультирует страны по вопросам принятия политики и программ, которые могут обеспечить решение различных задач в области питания и содержат четкое определение понятия «здоровое питание». ВОЗ опубликовала руководства по потреблению натрия и сахаров и разработала методологию оценки воздействия пищевых продуктов на здоровье в зависимости от их пищевой ценности (профилирование питательных веществ). Система профилирования питательных веществ была разработана в Европейском региональном бюро; аналогичные системы разрабатываются в региональных бюро для стран Юго-Восточной Азии, Восточного Средиземноморья и Западной части Тихого океана в качестве основы для разработки мер по ограничению рекламы пищевых продуктов для детей.

ВОЗ также разработала руководство по достижению шести глобальных целевых ориентиров в отношении питания и определила действенные меры в области питания, которые следует принимать службам здравоохранения. В глобальной базе данных ВОЗ об осуществлении деятельности в области питания в настоящее время содержатся более 1500 документов о мерах политики и свыше 2500 программ, позволяющих проанализировать ответные меры политики в целях решения проблем неправильного питания во всех странах.

Для определения направленности ответных мер политики необходим мониторинг различных аспектов неправильного питания, а также наличия и воздействия мер политики. Ассамблея здравоохранения

одобрила глобальную концептуальную основу мониторинга питания, а ВОЗ разработала вспомогательные механизмы для ее осуществления, в том числе создала консультативную группу технических экспертов (совместно с ЮНИСЕФ).

Каким образом все эти различные инициативы преобразуются в деятельность на страновом уровне? В Африканском регионе ВОЗ способствовала укреплению системы мониторинга питания более чем в 17% районов в 11 странах и провела обучение более 1600 работников здравоохранения в девяти странах по различным аспектам надзора за питанием, охватив в результате почти 23 миллиона женщин репродуктивного возраста и 12 миллионов детей в возрасте до пяти лет. ВОЗ также оказывала поддержку в осуществлении мероприятий по надзору за питанием в Европейском регионе и регионе Западной части Тихого океана. В Европейском регионе была выдвинута самая передовая в мире инициатива по эпидемиологическому надзору за ожирением среди детей, в рамках которой в 31 государстве-члене осуществляется сбор репрезентативных, измеряемых на национальном уровне и сопоставимых на международном уровне данных о распространенности избыточного веса и ожирения среди учащихся начальной школы.

В программы питания, разработанные во всех основных бюро, были включены подходы, учитывающие гендерные аспекты, принципы справедливости и права человека. Особое внимание было уделено уязвимым группам населения, в том числе женщинам, девочкам и детям, в целях обеспечения справедливости и соблюдения прав человека во всех целевых районах и программах в соответствии со Статьей 25 Всеобщей декларации прав человека и Статьей 11 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Конкретные примеры имеются в регионе Западной части Тихого океана: программа еженедельного предоставления добавок железа и фолиевой кислоты в Лаосской Народно-Демократической Республике была разработана специально для охвата уязвимых групп населения; а в Китае был выпущен доклад о ситуации с питанием среди оставшихся в стороне, содержащий рекомендации по улучшению питания детей в возрасте до пяти лет в провинции Шэньси.

Цели в области устойчивого развития содействуют прогрессу в решении всей совокупности проблем питания, а также предоставляют странам уникальные и беспрецедентные возможности для многоотраслевой деятельности и важный стимул для улучшения питания во всем мире. Чтобы ВОЗ могла в полной мере осуществлять свою роль в рамках этой масштабной программы, необходимо наладить совместную деятельность в технических областях и обеспечить участие всех трех уровней Организации.

Проделанная в 2014–2015 гг. работа в области питания, включая определение и согласование шести глобальных целевых ориентиров в области питания, подготовила условия для улучшения мониторинга и оценки прогресса на пути достижения показателей конечного результата, касающихся факторов риска в области питания. В соответствии с основными функциями ВОЗ надежной основой ее деятельности остаются установление норм и стандартов и мониторинг тенденций в области здравоохранения в динамике по времени.

В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее информацию о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету¹.

¹ Доступно по адресу <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/164>, по состоянию на 7 апреля 2016 года.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью () Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземно-море	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
2.5.1.	Страны имеют возможность разрабатывать, внедрять и контролировать реализацию планов действий на основе комплексного плана деятельности в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста	✓	!	✓	✓	✓	!	✓
2.5.2.	Обновлены нормы и стандарты в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста, задачи в области питания населения и грудного вскармливания; разработаны варианты мер политики применительно к эффективным действиям в области питания в связи с задержкой развития, истощением и анемией	✓	!	✓	✓	✓	!	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземно-море	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	3900	2800	3000	2000	3000	3100	22 200	40 000
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	1843	2320	1369	774	1355	1524	8278	17 463
Добровольные взносы, обусловленные	12 557	588	45	821	1289	825	9202	26 148
Всего	14 400	2908	1414	1595	2644	2349	17 480	43 611
Имеющиеся средства, в % от бюджета	369%	104%	47%	80%	88%	76%	79%	109%
Расходы на персонал	2664	802	697	635	609	1006	10 636	17 049
Расходы на осуществление деятельности	9894	1992	689	808	2296	1309	5310	22 298
Совокупные расходы	12 558	2794	1386	1443	2905	2315	15 946	39 347
Расходы, в % от утвержденного бюджета	322%	100%	46%	72%	97%	75%	72%	98%
Расходы, в % от имеющихся средств	87%	96%	98%	90%	110%	99%	91%	90%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро	16%	5%	4%	4%	4%	6%	62%	100%

Категория 3

УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ЖИЗНИ



Эта категория объединяет стратегии укрепления здоровья и улучшения самочувствия с момента зачатия до старости. Работа в этой сфере носит межсекторальный характер и предусматривает удовлетворение потребностей населения с особым акцентом на основные этапы жизни. Рассчитанный на всю жизнь подход учитывает, каким образом взаимодействуют различные детерминанты и как они сказываются на здоровье людей.

Проведенная в рамках этой категории работа имела непосредственную связь с согласованными на международном уровне целями, такими как Цели тысячелетия в области развития 4 (Сокращение детской смертности) и 5 (Улучшение охраны материнства), и способствовала их достижению. Несмотря на значительный прогресс, сохраняются серьезные проблемы, которые еще предстоит решить, и работа ВОЗ будет вестись в контексте новой глобальной повестки дня в области развития.

В рамках Целей в области устойчивого развития был принят всеобъемлющий набор целевых задач для решения проблем здоровья и благополучия женщин, детей и подростков. Поставлены амбициозные цели – положить конец предотвратимой материнской и детской смертности и обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья.

Новая Глобальная стратегия по охране здоровья женщин, детей и подростков на 2016–2030 гг., провозглашенная Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций, закладывает основы для совместных действий многих заинтересованных сторон по достижению соответствующих целевых

показателей, принятию последующих мер и организации мониторинга прогресса в достижении этих целей.

Цели в области устойчивого развития включают несколько целевых задач, связанных с экологической устойчивостью и здоровьем человека. Примечательным в плане сокращения масштабов нищеты является соображение о том, что экологические риски, такие как использование твердого топлива и небезопасной воды и плохие санитарные условия, особенно неблагоприятно воздействуют на малообеспеченные группы населения.

СВОДНЫЕ ФИНАНСОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО КАТЕГОРИИ 3, 2014–2015 гг. (ТЫС. ДОЛЛ. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	92 000	32 200	23 500	40 100	23 100	21 600	156 000	388 500
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	29 219	15 489	12 780	12 234	12 668	6844	32 815	122 049
Добровольные взносы, обусловленные	63 046	2225	8725	18 273	9521	13 613	140 458	255 861
Всего	92 265	17 714	21 505	30 507	22 189	20 457	173 273	377 910
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	100%	55%	92%	76%	96%	95%	111%	97%
Расходы на персонал								
	32 508	10 241	7687	19 044	8204	8098	77 613	163 395
Расходы на осуществление деятельности								
	50 550	7431	11 987	9988	11 845	11 278	73 210	176 289
Совокупные расходы	83 058	17 672	19 674	29 032	20 049	19 376	150 823	339 684
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	90%	55%	84%	72%	87%	90%	97%	87%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	90%	100%	91%	95%	90%	95%	87%	90%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	20%	6%	5%	12%	5%	5%	48%	100%

3.1 РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ, ЗДОРОВЬЕ МАТЕРЕЙ, НОВОРОЖДЕННЫХ, ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 3.1. РАСШИРИТЬ ДОСТУП К МЕРОПРИЯТИЯМ ПО УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, НОВОРОЖДЕННЫХ, ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Коренное изменение ситуации в области предотвратимой младенческой смертности

До месячного возраста не доживают почти 3 миллиона новорожденных девочек и мальчиков, составляя почти половину (45%) глобальной смертности детей в возрасте до пяти лет. Еще 2,6 миллиона детей (почти такое же количество) являются мертворожденными, при этом примерно в половине случаев смерть ребенка наступает во время схваток и родов.

Большинство случаев смерти новорожденных происходят в течение их первой недели жизни. Многие случаи смерти можно было бы предотвратить, особенно если бы мать и ребенок получали медицинскую помощь надлежащего качества во время родов, за которой следовала бы эффективная рекомендованная послеродовая помощь, особенно на протяжении первой недели жизни новорожденного. Существуют эффективные мероприятия и технологии, защищающие жизни новорожденных. Наиболее доступными мероприятиями, обеспечивающими выживание и успешное развитие новорожденных, являются оказание квалифицированной помощи при родах, базовые меры вмешательства по уходу за новорожденными (например, тщательное обсушивание новорожденного, обеспечение контакта «кожа к коже» между матерью и новорожденным сразу же после рождения и прикладывание к груди, как только ребенок будет к этому готов), неонатальная реанимация, исключительно грудное вскармливание, оказание особой помощи маловесным новорожденным (применение метода "кенгуру"), ведение новорожденных с признаками тяжелых инфекций. Не каждый имеет доступ к этим мерам. Каждый новорожденный ребенок, независимо от места рождения, имеет право на здоровье и благополучие.

План действий «Каждый новорожденный» был разработан с нуля под руководством ВОЗ и ЮНИСЕФ и при поддержке более чем 40 партнеров по всему миру. Подготовленный на основе систематического выявления сложнейших проблем, с которыми сталкиваются страны с высоким бременем болезней, подкрепленный самыми современными фактическими данными о важнейших мерах вмешательства, План действий определяет реалистичные установки, способствующие тому, чтобы национальные планы в области охраны здоровья обеспечили всеобщий охват высококачественной медицинской помощью в неонатальном периоде. В плане подчеркивается необходимость того, чтобы системы здравоохранения были обеспечены жизненно важными товарами и укомплектованы медицинскими работниками, обладающими навыками и поддержкой для обеспечения качественной помощи при родах, в том числе неотложной акушерской помощи и своевременной и эффективной послеродовой помощи, в том числе маловесным и ослабленным новорожденным детям.

План действий «Каждый новорожденный» был одобрен 194 странами на Шестидесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2014 году. Затем началась реальная работа – переход от слов к делу в каждой общине, медицинском центре и системе здравоохранения в каждой стране с высоким бременем болезни. ВОЗ, ЮНИСЕФ и многочисленные партнеры руководят реализацией Плана действий для спасения жизней новорожденных путем оказания поддержки странам, передачи новейших, самых достоверных фактических данных для выстраивания действий на этой информационной основе и оценки воздействия на местах. Восемнадцать стран с наивысшим бременем болезни приняли конкретные меры по защите здоровья новорожденных, а 41 страна использовала содержащиеся в Плане действий рекомендации для совершенствования имеющихся или составления новых национальных планов охраны здоровья матерей и новорожденных.

ВОЗ подкрепила эти достижения внесением поправок в руководства по клинической практике для комплексного ведения беременности и родов, ухода во время беременности, родов, послеродового периода, ухода за новорожденными, разработкой новых руководящих указаний по лечению возможных серьезных бактериальных инфекций при отсутствии возможности направления пациента к специалисту, доработкой руководящих указаний по оказанию помощи в целях улучшения исхода преждевременных родов, инструментарием для обеспечения качественной акушерской помощи, исследованиями для

изучения воздействия обогащения пищевых рационов витамином А на выживаемость детей, реализацией первого этапа Проекта улучшения исхода трудных родов, когортным исследованием заболеваемости и смертности матерей и новорожденных и четырьмя новыми научными исследованиями возможностей улучшения выживаемости недоношенных детей. Определенный прогресс также наблюдается в реализации региональных инициатив, таких как программа «Первые объятия» в Регионе Западной части Тихого океана.

В настоящее время ВОЗ в сотрудничестве с ЮНИСЕФ и партнерами приступает к реализации направленной на улучшение качества медицинской помощи глобальной инициативы, которая включает как предоставление помощи в перинатальный период, так и распространение соответствующего опыта. ВОЗ разработала стандарты для использования акушерским персоналом и ответственными медицинскими кадрами, работающими на первой линии, в целях оказания качественной помощи при родах.

Важная роль в снижении показателей смертности матерей и новорожденных принадлежит общинам, поскольку многих случаев смерти и проблем со здоровьем можно избежать в результате действий на уровне семьи или деревни. ВОЗ совместно с партнерами разработала учебный курс по обеспечению мобилизации местных сообществ, который дополняет пакет рекомендаций ВОЗ/ЮНИСЕФ для общинных работников здравоохранения – «Забота о новорожденных и детях в общине», в который включены модули по предоставлению помощи новорожденным на дому. Проведенный ВОЗ обзор фактических данных об использовании женскими группами процесса «Совместное обучение и деятельность» показал значительное снижение частоты смертей новорожденных в сельских районах с высокими показателями уровня смертности и позволил сформулировать рекомендации по глобальной стратегии.

Но немало еще предстоит сделать. Во многих местах новорожденные все еще не получают необходимых им услуг. Большой проблемой остается лечение маловесных и больных детей. Не каждое правительство выделило здоровье новорожденных в качестве первоочередной задачи, а в кризисных ситуациях возможна полная дезорганизация уязвимых систем здравоохранения. Во время вспышки лихорадки Эбола в Западной Африке, вследствие разрушения механизма предоставления услуг по охране материнского здоровья, после родов умерло большее число женщин и новорожденных, чем из-за самой эпидемии.

Могут также возникнуть новые угрозы. Внушают тревогу темпы распространения эпидемии вируса Зика в странах Северной и Южной Америки, с которой связывают резкий рост числа новорожденных с серьезными повреждениями головного мозга, предположительно вызванными инфицированием на ранних сроках беременности. ВОЗ координирует международные ответные меры в целях ослабления эпидемии этого вирусного заболевания, переносчиком возбудителя которого являются комары, и защиты беременных женщин в 39 затронутых странах. Ведется кропотливая работа по санэпиднадзору, анализу данных, диагностике, изучению вакцин-кандидатов и разработке рекомендаций для медицинских работников.

Импульс, приданный работе в странах Планом действий «Каждый новорожденный», реализуемым под руководством ВОЗ/ЮНИСЕФ, имеет потенциал для внесения существенного вклада в достижение показателей конечного результата в этой программной области, а конкретнее – в показатели, касающиеся родов в присутствии квалифицированного медицинского персонала, послеродовой помощи матерям и новорожденным и грудного вскармливания.

В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Более подробную информацию о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету¹.

¹ Доступно по адресу <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/165>, по состоянию на 7 апреля 2016 года.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (⚠) Результат/вклад обеспечен частично (✗) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
3.1.1.	Дальнейшее расширение доступа к эффективным медико-санитарным мероприятиям и повышение их качества с дородового периода, до послеродового, с особым акцентом на обеспечение такого доступа в 24-часовой период до и после родов	✓	⚠	✓	✓	✓	⚠	✓
3.1.2.	Укрепление потенциала стран в целях расширения эффективных медико-санитарных мероприятий для улучшения здоровья и раннего развития детей и ликвидации предотвратимой детской смертности, в том числе от пневмонии и диареи	✓	⚠	✓	✓	✓	✓	✓
3.1.3.	Страны, обеспечившие реализацию и мониторинг эффективных медико-санитарных мероприятий для охвата неудовлетворенных потребностей в области сексуального и репродуктивного здоровья и сокращение распространенности сопряженного с риском поведения подростков	✓	⚠	✓	✓	✓	✓	✓
3.1.4.	Проведение исследований, получение и синтезирование фактических данных для разработки ключевых медико-санитарных мероприятий в области репродуктивного и материнского здоровья и здоровья новорожденных, детей и подростков, а также иные связанные с этим обстоятельства и вопросы	✓	✓	✓	⚠	✓	✓	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	68 900	12 100	14 200	7000	14 600	12 100	103 900	232 800
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	20 053	6892	7075	3469	7729	3283	13 538	62 039
Добровольные взносы, обусловленные	56 682	1772	4070	3153	7774	6182	114 504	194 137
Всего	76 735	8664	11 145	6622	15 503	9465	128 042	256 176
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	111%	72%	78%	95%	106%	78%	123%	110%
Расходы на персонал								
	24 905	4441	4179	3 036	4860	3502	49 332	94 255
Расходы на осуществление деятельности								
	44 417	4083	5806	3 320	8603	5346	59 944	131 519
Совокупные расходы	69 322	8524	9985	6356	13 463	8848	109 276	225 774

Расходы, в % от утвержденного бюджета	101%	70%	70%	91%	92%	73%	105%	97%
Расходы, в % от имеющихся средств	90%	98%	90%	96%	87%	93%	85%	88%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро	26%	5%	4%	3%	5%	4%	52%	100%

3.2 СТАРЕНИЕ И ЗДОРОВЬЕ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 3.2. УВЕЛИЧЕНИЕ ДОЛИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВЕСТИ САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ ЖИЗНЬ

Стратегии по обеспечению здорового старения

В настоящее время впервые в истории большинство людей могут рассчитывать на то, что они проживут дольше шестидесяти лет. В сочетании со снижением показателей фертильности это увеличение ожидаемой продолжительности жизни ведет к быстрому старению населения во всем мире. И темп этих перемен значительно выше чем прежде.

Более продолжительная жизнь является невероятно ценным ресурсом. Она дает возможность переосмыслить не только то, что несет с собой более старший возраст, но и расклад всей нашей жизни. Однако широта возникающих в связи с увеличением продолжительности жизни возможностей в значительной степени будет зависеть от одного ключевого фактора – здоровья. Если люди проживут эти дополнительные годы жизни в добром здравии, их способности реализовывать то, что они считают ценным, будут мало отличаться от способностей более молодых людей. Если же эти дополнительные годы будут сопровождаться снижением физических и умственных способностей, то последствия для самих пожилых людей и для общества будут гораздо более негативными.

Хотя нередко предполагается, что увеличению продолжительности жизни сопутствует пролонгированный период хорошего здоровья, фактические данные, свидетельствующие, что здоровье пожилых людей в настоящее время лучше, чем у их родителей в том же возрасте, крайне ограничены. Имеется настоятельная необходимость в согласованных и целенаправленных ответных мерах общественного здравоохранения с привлечением ряда секторов и заинтересованных сторон. До сих пор таких мер, по большому счету, не существовало. В целях устранения этого явного пробела на Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2013 г. старение было отнесено к приоритетным направлениям работы ВОЗ.

В то же время эта область страдала от широко распространенных заблуждений и фундаментальных пробелов в знаниях, а также от отсутствия четкой стратегической концептуальной основы для принятия мер в области общественного здравоохранения. Кроме того, хотя работа многих подразделений ВОЗ на всех уровнях Организации прямо или косвенно связана с вопросами здоровья пожилых людей, эти мероприятия традиционно проводились в отрыве друг от друга. Для обеспечения лидерства ВОЗ, которое было явно необходимо в этой области, требовалось сделать несколько важных шагов, чтобы заложить основу эффективной и устойчивой динамики в нужном направлении.

В качестве первого шага в начале 2014 г. ВОЗ учредила Форум по вопросам старения и здоровья, чтобы способствовать выработке ответных мер всех эшелонов организации на эту проблему. Форум проводится регулярно, в его работе участвуют представители основных департаментов, устанавливается связь с координаторами в каждом региональном бюро. Благодаря Форуму было выработано общее представление о целях, которых необходимо достичь.

Это общее представление было подробно сформулировано во *Всемирном докладе о старении и здоровье*, опубликованном в 2015 году. В докладе, основой которого стали 19 справочных документов, были сведены воедино все имеющиеся на данный момент знания о старении. В нем были также оспорены многие распространенные заблуждения и сформулирована новая, основанная на фактических данных концептуальная основа для действий общественного здравоохранения. Центральное место в этой концептуальной основе занимает переосмысление понятия здорового старения с опорой на создание и поддержание функциональных возможностей на протяжении всего жизненного цикла.

В докладе сформулированы четыре основные стратегии поддержания здорового старения: приведение систем здравоохранения в соответствие с потребностями пожилых людей, масштабы оказания услуг которым постоянно возрастают; разработка систем долгосрочной помощи; создание благоприятных условий для пожилых людей; и улучшение качества измерения, мониторинга и исследований. Доклад получил положительную оценку и в течение двух месяцев после опубликования был скачан более 20 000 раз.

В целях объединения усилий государств-членов и фокусирования вклада всех заинтересованных сторон Шестидесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения 2014 г. призвала ВОЗ разработать глобальную стратегию и план действий по проблеме старения и здоровья. Опиравшийся на изложенную в докладе концептуальную основу и итоги масштабных консультаций, в том числе более 600 предложений, поступивших через Интернет, и очных совещаний с участием в общей сложности более 70 государств-членов и 200 участников, проект стратегии был представлен на рассмотрение Исполнительного комитета на его сессии в январе 2016 года.

В целях оказания помощи в восполнении пробелов в знаниях о здоровье и потребностях пожилых людей в странах с низким и средним уровнем дохода ВОЗ, при поддержке Национального института по проблемам старения (Соединенные Штаты), проводит развернутое лонгитюдное исследование, охватывающее более 40 000 пожилых людей в Китае, Индии, Гане, Южной Африке, Мексике и Российской Федерации. В ходе данного двухгодичного периода стали доступны первые результаты этого исследования.

Эти стратегические инициативы дополнялись постоянной поддержкой, которую региональные и страновые бюро оказывали многим государствам-членам для определения и удовлетворения потребностей пожилых людей в области улучшения медицинской помощи. Проекты передачи знаний в Китае и Гане были направлены на выработку новых подходов, которые могли бы максимально эффективно использовать накопленный на всех уровнях ВОЗ опыт для оказания странам поддержки в разработке политики на основе фактических данных. ВОЗ также продолжала оказывать прямую поддержку муниципалитетам путем их вовлечения в деятельность Глобальной сети ВОЗ для городов и сообществ с благоприятными условиями для пожилых людей, насчитывающей в настоящее время свыше 300 членов.

Таким образом, двухгодичный период 2014–2015 гг. имеет решающее значение для переосмысления глобальной повестки дня по вопросам старения. Мощная и широкая поддержка в отношении *Всемирного доклада о старении и здоровье*, а также глобальной стратегии и плана действий по проблеме старения и здоровья является признанием глобального лидерства ВОЗ в этом вопросе, и в настоящее время заложена основа для разработки Организацией устойчивых адресных ответных мер общественного здравоохранения. Разработаны стратегическая концепция и концептуальная основа для действий, а также механизм скоординированного использования всей совокупности ресурсов ВОЗ.

Проводившаяся в 2014–2015 гг. нормативная работа по вопросам старения (*Всемирный доклад о старении и здоровье* и глобальная стратегия) является непосредственным вкладом в достижение показателя конечного результата по данной программной области, предусматривающего разработку глобальных показателей как основы для мониторинга старения. Эта работа также показывает, как небольшой департамент ВОЗ может объединить усилия всей Организации в работе над общей межотраслевой проблемой.

В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету¹.

¹ Доступно по адресу <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/166>, по состоянию на 7 апреля 2016 года.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (!) Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо							
Промежуточный результат	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
3.2.1. Страны обладают потенциалом для разработки политики и стратегий, способствующих здоровой и активной старости и улучшению доступа к долгосрочной паллиативной помощи в случае хронических болезней и ее координации	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.2.2. Технические руководящие принципы и инновации, которые можно применить в целях определения и удовлетворения потребностей пожилых людей в области улучшения медицинской помощи	!	✓	✓	✓	✓	✓	!
3.2.3. Политический диалог и подготовка технического руководства для стран по проблематике здоровья женщин, вышедших из репродуктивного возраста	X	!	✓	✓	н/п	✓	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	700	1100	300	1500	1000	200	4700	9500
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	182	903	408	514	465	234	3502	6208
Добровольные взносы, обусловленные	143	0	67	558	0	367	783	1918
Всего	325	903	475	1 072	465	601	4285	8126
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	46%	82%	158%	71%	47%	301%	91%	86%
Расходы на персонал								
	410	436	166	731	211	276	3043	5273
Расходы на осуществление деятельности								
	231	451	326	257	229	317	1135	2946
Совокупные расходы	641	887	492	988	440	593	4178	8219
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	92%	81%	164%	66%	44%	297%	89%	87%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	197%	98%	104%	92%	95%	99%	98%	101%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	8%	8%	3%	14%	4%	5%	58%	100%

3.3 ИНТЕГРАЦИЯ ГЕНДЕРНЫХ АСПЕКТОВ, СПРАВЕДЛИВОСТИ И ПРАВ ЧЕЛОВЕКА

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 3.3. ИНТЕГРАЦИЯ ГЕНДЕРНЫХ АСПЕКТОВ, КОМПОНЕНТОВ СПРАВЕДЛИВОСТИ И ПРАВ ЧЕЛОВЕКА В ПОЛИТИКУ И ПРОГРАММЫ СЕКРЕТАРИАТА И СТРАН

От абстрактных положений – к примерам из опыта стран

Общей целью всей работы ВОЗ является повышение уровня здоровья населения и сокращение неравенства в отношении здоровья. Для устойчивого улучшения физического, психического и социального благополучия необходимы решения в области правозащитных принципов и гендерных и социальных детерминант здоровья. Сокращение несправедливости в отношении здоровья внутри стран и между странами закреплено в Уставе ВОЗ и является одним из шести приоритетов в области лидерства, включенных в Двенадцатую общую программу работы на 2014–2019 годы. Наконец, сокращение неравенства вошло в Цели в области устойчивого развития в качестве сквозной задачи в рамках всех целей, а в Цели 10 обеспечение справедливости является самостоятельной задачей. Работа в рамках программной области 3.3 в 2014–2015 гг. велась по двум направлениям.

Работа в рамках Организации в 2014–2015 гг. была посвящена координации и содействию интеграции вопросов справедливости, прав человека, гендерных и социальных детерминант (СПГС) в деятельность ВОЗ. Интеграция СПГС в деятельность ВОЗ означает, что все уровни и подразделения придают СПГС первоочередное значение и интегрируют эти вопросы в свои программы. Соответствующие изменения постепенно происходят в институциональной культуре, системах управления и рабочих процессах. Также для этого требуется обновление в рамках программных областей оценки видения и анализа проблем, связанных с охраной здоровья, и проблем осуществления; процесса принятия решений; характера формулируемых рекомендаций по политике и мерам вмешательства, а также хода осуществления и мониторинга прогресса.

В целях обеспечения единого подхода в рамках ВОЗ подразделениями различных уровней Организации был совместно выработан согласованный комплекс из семи основных критериев интеграции: дезагрегация данных, гендерный анализ, анализ аспекта справедливости, учет гендерного аспекта, повышение уровня справедливости, внедрение принципов НДПК (наличие, доступность, приемлемость по цене и качество) и использование основанных на совместной деятельности подходов для преодоления социальной отчужденности. Для сотрудников ВОЗ были разработаны семь коротких интерактивных модулей электронного обучения, направленных на совершенствование навыков, необходимых для реализации этих семи критериев. Вновь принятых на работу сотрудников знакомили с концепцией СПГС в ходе вводных программ и очных учебных занятий, проводившихся в нескольких регионах. Для обеспечения включения выработанных ВОЗ критериев интеграции в глобальное нормативное руководство соответствующая глава была включена в пересмотренный вариант пособия ВОЗ по разработке руководящих принципов и в пособие, применяемое для вводного инструктажа руководителей страновых бюро ВОЗ. Хотя некоторые программы уже работали по этим принципам, вопросы СПГС были недостаточно интегрированы в принятые в ВОЗ официальные процессы планирования и оценки. В рамках разработки Программного бюджета на 2016–2017 гг. были предприняты шаги, направленные на придание СПГС большей значимости, и, в соответствии с процедурой оценки качества работы в 2014–2015 гг., требуется привести конкретные примеры эффективной интеграции в программных областях.

В течение двухгодичного периода 2014–2015 гг. во всех шести регионах ВОЗ проводились впечатляющие мероприятия, в результате которых в рамках национальных мер политики, планов и законов в области здравоохранения в 46 странах вырос уровень справедливости, учета гендерных аспектов и соответствия принципам прав человека. Выбранный путь и отправные точки варьируются в зависимости от национальных условий, но в ходе этого двухгодичного периода в сфере СПГС наблюдался постепенный переход от абстрактных положений к практическим, применимым примерам из опыта различных стран. Например, Министерство здравоохранения Камбоджи завершило разработку стратегии и плана действий в области учета гендерной проблематики. Республика Молдова начала работу по интеграции

гендерных аспектов, вопросов справедливости и соблюдения прав человека в национальную стратегию действий в интересах детей и подростков. Мониторинг проявлений неравенства в отношении здоровья является мощным стимулом для действий на уровне стран. Глубокий анализ данных о здоровье позволяет национальным заинтересованным сторонам понять социальный контекст, в рамках которого реализуются программы здравоохранения, и может помочь лучше понять, изменения каких показателей необходимы для достижения лучшего здоровья для всех – системы охраны здоровья, которая никого не оставляет в стороне. Тридцать пять стран получили от ВОЗ техническую поддержку для совершенствования сбора дезагрегированных данных. Региональное бюро для стран Африки принимало участие в пересмотре Индекса гендерного развития, координатором которого являлась Экономическая комиссия Организации Объединенных Наций для Африки. В целях обеспечения более широкого распространения и внедрения Руководства ВОЗ по мониторингу неравенства в сфере здравоохранения региональные бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья и стран Северной и Южной Америки осуществили его перевод на арабский и испанский языки.

Проведенная в 2014–2015 гг. работа по интеграции вопросов СПГС в деятельность ВОЗ имеет непосредственное отношение к показателю конечного результата в рамках конечного результата 3.3, касающемуся наличия процедур оценки для обеспечения учета гендерных аспектов, вопросов справедливости и прав человека в программах Секретариата.

В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету. Там же представлено резюме опыта интеграции данной проблематики в отдельные технические программы, а также отчет о ходе достижения целевых задач Общесистемного плана действий Организации Объединенных Наций¹.

¹ Доступно по адресу <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/167>, по состоянию на 7 апреля 2016 года.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (!) Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
3.3.1.	Интеграция гендерных аспектов, вопросов справедливости и прав человека в рутинное стратегическое и оперативное планирование и мониторинг программ Секретариата	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.3.2.	Укрепление потенциала стран для мониторинга и интеграции гендерных аспектов, вопросов справедливости и прав человека в их политику в области здравоохранения	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	2300	2000	500	1300	1200	200	6400	13 900
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	221	1483	1362	826	525	204	2958	7579
Добровольные взносы, обусловленные	1368	117	142	119	568	927	1301	4542
Всего	1589	1600	1504	945	1093	1131	4259	12 121
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	69%	80%	301%	73%	91%	566%	67%	87%
Расходы на персонал								
	260	1017	338	679	211	331	2696	5532
Расходы на осуществление деятельности								
	1249	678	770	252	818	782	1545	6094
Совокупные расходы	1509	1695	1108	931	1029	1113	4241	11 626
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	66%	85%	222%	72%	86%	557%	66%	84%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	95%	106%	74%	99%	94%	98%	100%	96%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	5%	18%	6%	12%	4%	6%	49%	100%

3.4 СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 3.4. РАСШИРЕНИЕ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЙ КООРДИНАЦИИ ДЛЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ

Разъяснение концепции учета интересов здоровья во всех сферах политики

Для каждой девочки и каждого мальчика даже обычный переход дороги во многих быстро развивающихся городах является чрезвычайно важным для здоровья вопросом. Весьма вероятно, что здесь каждую мать и ее ребенка могут подстерегать различные риски – от опасности из-за неудачной планировки улиц и пешеходных переходов попасть в ДТП и получить травму до воздействия загазованного воздуха, загрязненного мощными вредными выбросами дизельных грузовиков и автобусов с некачественными системами нейтрализации выбросов.

Подобные вопросы находятся в центре внимания концепции учета интересов здоровья во всех сферах политики, целью которой является одновременное содействие улучшению здоровья, обеспечению справедливости и достижению Целей в области устойчивого развития на национальном, региональном и местном уровнях.

Учет интересов здоровья во всех сферах политики означает учет воздействия на здоровье решений, принимаемых в других секторах, в целях сведения к минимуму возможных рисков для здоровья и углубления синергии, способствующей укреплению здоровья. Концепция учета интересов здоровья во всех сферах политики подразумевается во многих новых Целях в области устойчивого развития и их целевых задачах. Например, две целевые задачи в рамках Цели 11 (Устойчивость городов и населенных пунктов) направлены на обеспечение доступа для женщин и детей, пожилых людей и лиц с инвалидностью к «безопасному, недорогому, доступному и экологически устойчивому транспорту» (целевая задача 11.2) и «безопасным, открытым для всех зеленым зонам и общественным местам отдыха» (целевая задача 11.7). Такие целевые задачи подразумевают синергию, которую могут создавать соответствующие меры политики в целях снижения загрязнения воздуха и масштабов дорожно-транспортного травматизма, а также поощрения здоровой физической активности с особым акцентом на здоровье наиболее уязвимых групп населения.

Применение концепции учета интересов здоровья во всех сферах политики при решении вопросов здоровья и устойчивого развития может способствовать проведению мониторинга и отслеживанию хода достижения Целей в области устойчивого развития, которые содействуют «пониманию универсального характера важной взаимосвязи между целями и задачами». Концепция учета интересов здоровья во всех сферах политики представляет собой ключевой инструмент сектора здравоохранения для определения социальных и экологических детерминант здоровья и взаимодействия с другими секторами в усилиях по обеспечению «здорового образа жизни и содействия благополучию для всех в любом возрасте» – согласно формулировке Цели 3 (Хорошее здоровье и благополучие).

Еще одной межсекторальной темой концепции учета интересов здоровья во всех сферах политики является сокращение неравенства между различными группами населения внутри стран и между странами. Она также является ключевой для Цели 10, касающейся сокращения неравенства внутри стран и между странами. Еще одним ключевым аспектом концепции учета интересов здоровья во всех сферах политики является совершенствование управления, поскольку в Целях в области устойчивого развития подчеркивается исключительная важность межсекторальных действий и общегосударственного подхода как основы для их достижения, а уровень здоровья и справедливость в отношении здоровья рассматриваются в качестве основных критериев измерения прогресса в области устойчивого развития в более широком смысле.

Принимая во внимание эти взаимосвязи, ВОЗ ускорила обучение методам и подходам к оценке применительно к концепции учета интересов здоровья во всех сферах политики, для чего организовала ряд глобальных, региональных и национальных учебных семинаров. В частности, в марте 2015 г. в Женеве состоялся глобальный семинар по подготовке инструкторов, после которого в течение 2015 г. были проведены семь региональных и субрегиональных семинаров либо учебных курсов в Бразилии, Индии, Мексике, Новой Зеландии, Суринаме, Финляндии и Южной Африке; в общей сложности мероприятия прошли в пяти из шести регионов ВОЗ. В ходе семинаров и учебных курсов использовалось

разработанное ВОЗ новое учебное пособие по учету интересов здравоохранения во всех сферах политики. Это пособие представляет собой адаптируемый материал для использования в целях наращивания потенциала и усиления взаимодействия, сотрудничества и обмена опытом в отношении учета интересов здоровья во всех сферах политики.

Многообразие этих событий – в плане целевой аудитории, целей и характера мероприятий – демонстрирует как значительный спрос на конкретные, практические инструменты и рекомендации в отношении учета интересов здоровья во всех сферах политики, так и адаптивность учебного пособия и универсальность его применения к различным контекстам и темам.

Эти события вызвали определенный резонанс на политической арене. Например, состоявшийся в Суринаме в мае 2015 г. семинар привлек внимание политических кругов к несправедливости в отношении здоровья и социальным детерминантам здоровья в стране и заложил основу стратегической национальной дискуссии по этой теме при ведущей роли правительства Суринама и при поддержке ВОЗ. Главным итогом стал всеобъемлющий межотраслевой обзор концепции учета интересов здоровья во всех сферах политики применительно к уменьшению несправедливости в отношении здоровья в стране. Например, было обнаружено, что хроническое заболевание почек в Суринаме в 2,5 раза чаще встречается в расположенном недалеко от столицы страны Парамарибо округе Сарамакка, по сравнению с преимущественно сельским округом Корони. В масштабе страны диабет типа 2 встречался почти втрое чаще среди самых бедных квинтилей населения по сравнению с самыми состоятельными; также было обнаружено, что распространенность курения среди двух наиболее бедных квинтилей в три-четыре раза выше, чем в самом богатом квинтиле.

Неуклонно возрастают понимание и политическая приверженность действиям в области социальных и экологических детерминант здоровья и справедливости в отношении здоровья. Концепция учета интересов здоровья во всех сферах политики получила всемирное признание и одобрение, в том числе в рамках Аделаидского заявления об учете интересов здоровья во всех направлениях политики 2010 г., итогового документа Конференции "Рио+20" 2012 г. – "Будущее, которого мы хотим", а также восьмой Глобальной конференции по укреплению здоровья 2013 г., в центре внимания которой находились вопросы учета интересов здоровья во всех сферах политики и по итогам которой были приняты Хельсинкское заявление и последующая резолюция WHA67.12, содержащая призыв к разработке концептуальной основы межсекторальных действий на уровне стран для повышения уровня здоровья и справедливости в отношении здоровья.

Двухгодичный период работы ВОЗ 2016–2017 гг. включает планы по дальнейшему проведению национальных и региональных семинаров и адаптации учебного пособия по учету интересов здоровья во всех сферах политики в целях концентрации внимания на конкретных факторах риска для здоровья, секторах и заболеваниях, таких как загрязнение воздуха, жилье и неинфекционные заболевания. Также будут приняты меры по обеспечению стратегического соответствия пособия по учету интересов здоровья во всех сферах политики новым инструментам и руководствам, разрабатываемым ВОЗ для содействия достижению Целей в области устойчивого развития. К ним относятся готовящаяся к публикации инновационная методика ВОЗ по обзору национальных программ здравоохранения, руководящие принципы ВОЗ в области жилья и здоровья, а также руководство по измерению и мониторингу эффективности действий по СДЗ.

Все вышесказанное – это пример работы, проделанной в программной области 3.4, посвященной социальным детерминантам здоровья. Работа ВОЗ в сфере учета интересов здоровья во всех сферах политики способствует повышению потенциала межсекторальных действий и общественного участия внутри стран, что, в свою очередь, способствует достижению целевых показателей конечного результата, касающихся устранения пробелов в области справедливости в отношении доступа к медико-санитарным услугам и их предоставления в бедных и малообеспеченных общинах.

В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету¹.

¹ Доступно по адресу <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/168>, по состоянию на 7 апреля 2016 года.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (∅) Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
3.4.1.	Рост потенциала страны для реализации концепции учета интересов здоровья во всех сферах политики, межсекторальных действий и обеспечения общественного участия в целях решения проблем, связанных с социальными детерминантами здоровья	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.4.2.	Эффективное руководство для стран в целях интеграции социальных детерминант здоровья во все программы ВОЗ	✓	н/п	✓	✓	✓	✓	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	7300	4200	1500	7600	1200	1400	7100	30 300
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	4364	3691	894	2934	921	403	3346	16 553
Добровольные взносы, обусловленные	181	47	30	3612	33	13	697	4613
Всего	4545	3738	924	6546	954	416	4043	21 166
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	62%	89%	62%	86%	80%	30%	57%	70%
Расходы на персонал								
	3536	2793	479	3652	422	356	2571	13 809
Расходы на осуществление деятельности								
	865	1054	466	2347	522	60	815	6129
Совокупные расходы	4401	3847	945	5999	944	416	3386	19 938
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	60%	92%	63%	79%	79%	30%	48%	66%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	97%	103%	102%	92%	99%	100%	84%	94%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	26%	20%	3%	26%	3%	3%	19%	100%

3.5 ЗДОРОВЬЕ И ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 3.5. УМЕНЬШЕНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ОПАСНОСТЕЙ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

Здоровье, загрязнение воздуха и изменение климата – новые знания

До недавнего времени связь между стремительным общемировым ростом количества случаев неинфекционных заболеваний и смогом, который нередко висит над нашими городами, была малоизучена.

Аналогичным образом, лишь немногие понимали, как различными путями дым от сжигания дров и угля в кухонных плитах воздействует на человеческий организм и увеличивает количество случаев заболевания пневмонией среди детей раннего возраста, а также повышает риск развития хронических легочных заболеваний у женщин, которые изо дня в день поддерживают огонь в очагах и готовят пищу в домохозяйствах в Африке, Латинской Америке и Юго-Восточной Азии.

В последнее время ВОЗ занималась оценкой бремени болезней, связанных с загрязнением воздуха, а также взаимосвязи между вредными для здоровья загрязнителями воздуха и загрязнителями, длительно и кратковременно влияющими на климат. В настоящее время в этой работе достигнут важный рубеж. Теперь мы понимаем, что загрязнение воздуха является одной из основных причин не только острых и хронических респираторных заболеваний, но и значительных показателей смертности от инсульта, сердечных заболеваний и рака. ВОЗ сыграла ведущую роль в достижении важного уровня в понимании этого, возглавляя работу в отношении бремени болезней, связанных с загрязнением воздуха, обобщения фактической информации об эффективных мерах вмешательства и разработки руководящих принципов по допустимым пределам выбросов загрязняющих веществ и концентрации в окружающей среде большинства выбросов вредных веществ, в особенности мелкодисперсных частиц (PM_{2.5}).

Одним из последних знаковых событий стали обновленные фактические данные о глобальном бремени болезней, возникающих в результате загрязнения воздуха в бытовых условиях или загрязнения окружающего воздуха (вне помещений), которые были опубликованы ВОЗ в 2014 году. Согласно этим оценочным данным, загрязнение воздуха являлось причиной приблизительно одного из восьми случаев преждевременной смерти в мире и важнейшим отдельно взятым экологическим фактором риска для здоровья в настоящее время. В общей сложности, результатом загрязнения окружающего воздуха стали 3,7 миллиона смертей в 2012 г. (это последний год, по которому имеются оценочные данные), а около 4,3 миллиона смертей объясняется воздействием бытовых источников загрязнения воздуха в условиях преимущественно дымящих и неэффективных дровяных или угольных печей.

Кроме того, была опубликована обновленная база данных о воздействии загрязнения городского воздуха, содержащая данные более чем по 1600 крупных городов мира. Согласно этим данным, лишь 12% населения, по которому имеются сведения, проживает в городах, где уровень загрязнения воздуха отвечает руководящим указаниям ВОЗ для частиц PM_{2.5}. Многие города в странах с низким и средним уровнем дохода, а также ряд городов в странах с высоким уровнем дохода страдают от высокого уровня загрязнения окружающего воздуха, который превышает установленные руководящими указаниями нормы в два–пять раз.

В ноябре 2014 г. ВОЗ обнародовала новые руководящие принципы в отношении качества воздуха внутри помещений при сжигании бытового топлива, впервые представив основанное на медицинских данных руководство по использованию экологически чистого топлива и технологий для приготовления пищи, обогрева и освещения в домашних хозяйствах. Этот документ содержит развернутую научную оценку того, какие источники энергии в доме являются экологически чистыми, какой уровень выбросов вредных веществ представляет угрозу для здоровья, а также предупреждение о том, что в интересах охраны здоровья населения чрезвычайно важно избегать сжигания в помещениях керосина, угля, древесины и иного твердого топлива.

В мае 2015 г. государства – члены ВОЗ сделали большой шаг вперед в решении проблемы загрязнения воздуха, приняв резолюцию WHA68.8 (Здоровье и окружающая среда: решение проблемы воздействия загрязнения воздуха на здоровье). А совсем недавно Исполнительный комитет ВОЗ изучил проект

дорожной карты по усилению глобальных ответных мер на негативные последствия загрязнения воздуха для здоровья людей, который будет вынесен на рассмотрение Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2016 года.

Также ВОЗ активизировала как техническую, так и свою пропагандистскую работу по вопросам взаимосвязи климата и загрязнения воздуха и организовала научный анализ связей между нестойкими загрязнителями и климатом, загрязнителями воздуха и здоровьем, результаты которого представлены в докладе *Сокращение глобальных рисков для здоровья человека посредством сокращения воздействия со стороны нестойких загрязняющих веществ*, подготовленном в сотрудничестве с Коалицией «Климат и чистый воздух: за сокращение выбросов нестойких загрязняющих веществ, оказывающих воздействие на климат» (ССАС). В этом докладе в совокупности рассматриваются сопутствующие выгоды для здоровья от уменьшения загрязнения воздуха и влияющих на климат загрязнителей и подчеркивается высокая заинтересованность сектора здравоохранения в активном межсекторальном взаимодействии с теми, кто принимает меры по смягчению последствий изменения климата. Быстрый рост населения городов и многочисленные источники загрязнения воздуха в городских районах приводят к постоянному ухудшению качества воздуха в городах развивающихся стран. Совместно с правительством Норвегии и многими другими партнерами по коалиции ССАС – учреждениями Организации Объединенных Наций, правительствами, учреждениями, содействующими развитию, и организациями гражданского общества – ВОЗ разрабатывает новую инициативу в отношении здоровья в городах в целях наращивания потенциала сектора здравоохранения и использования экспериментальных подходов к деятельности сектора здравоохранения в отношении загрязнителей воздуха и климата в городах развивающихся стран.

В тесном взаимодействии с инициативой «Устойчивая энергетика для всех», осуществляемой под руководством Генерального секретаря Организации Объединенных Наций, ВОЗ стремится добиться того, чтобы в рамках механизмов мониторинга SE4ALL отслеживался переход к использованию экологически чистых источников энергии в домохозяйствах и секторе здравоохранения. Совместно с партнерами по SE4All выдвигаются и реализуются инициативы, направленные на поддержку расширения доступа медицинских учреждений к экологически чистым источникам энергии и разработку планов по обеспечению домохозяйств чистой энергией. Они обеспечат поддержку странам в порядке реагирования на повсеместное отсутствие доступа медицинских учреждений в странах Африки к югу от Сахары к экологически чистой энергии; при этом будет разъясняться, как более надежный доступ к энергии мог бы помочь в снижении материнской смертности, улучшении здоровья новорожденных и детей, снижении текучести медико-санитарных кадров, а также будет оказана помощь в выполнении рекомендаций по обеспечению домохозяйств доступом к чистой энергии, изложенных в руководстве ВОЗ по качеству воздуха в помещениях.

Что касается Повестки дня в области устойчивого развития на период после 2015 г., то ВОЗ способствовала включению касающихся здоровья показателей воздействия загрязнения воздуха внутри и вне помещений и бремени болезней в официальную систему показателей достижения Целей в области устойчивого развития. Мониторинг загрязнения воздуха, его источников и воздействия на здоровье является ключевым фактором для оценки эффективности мер вмешательства и отслеживания прогресса. В сотрудничестве с учреждениями Организации Объединенных Наций, государственными органами и научно-исследовательскими учреждениями ВОЗ создала глобальную платформу для обеспечения доступности и качества информации о воздействии загрязнения воздуха на людей на основании данных, полученных путем спутникового дистанционного зондирования, составления кадастров выбросов и мониторинга загрязняющих веществ. Она успешно способствовала совершенствованию моделей и перекрестной проверке данных.

Однако это только начало. Сохраняются значительные трудности с получением более точных и локализованных данных о степени воздействия загрязнения воздуха и его влиянии на здоровье. Необходимо также четче определить роль сектора здравоохранения в борьбе с загрязнением воздуха и обеспечить существенное наращивание потенциала. Специалисты по проблемам загрязнения воздуха входят в штат лишь немногих министерств здравоохранения.

Работа над проблемой загрязнения воздуха наглядно иллюстрирует ряд основных функций ВОЗ, а именно: формирование программы научных исследований и стимулирование получения, преобразования и распространения ценных знаний, а также установление норм и стандартов,

пропаганда и мониторинг их соблюдения. Деятельность ВОЗ в сфере загрязнения воздуха вносит вклад в достижение показателя конечного результата, касающегося доли населения, использующего главным образом твердые виды топлива для приготовления пищи.

В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету¹.

¹ Доступно по адресу <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/169>, по состоянию на 7 апреля 2016 года.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (⚠) Результат/вклад обеспечен частично (✗) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
3.5.1.	Укрепление потенциала страны по оценке рисков для здоровья, разработке и осуществлению политики, стратегий и правил, касающихся предупреждения, смягчения последствий и контроля воздействия экологических рисков на здоровье	✓	⚠	✓	✓	✓	✓	✓
3.5.2.	Нормы, стандарты и руководства по определению экологических и профессиональных рисков и выгод для здоровья, связанных с качеством воздуха, химическими веществами, водой и санитарными условиями, радиацией, нанотехнологиями и изменением климата	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.5.3.	Включение вопросов общественного здравоохранения в многосторонние договоры и конвенции по окружающей среде и устойчивому развитию	⚠	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	12 800	12 800	7000	22 700	5100	7700	33 900	102 000
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	4399	2520	3041	4491	3028	2720	9471	29 670
Добровольные взносы, обусловленные	4672	289	4416	10 831	1146	6124	23 173	50 651
Всего	9071	2809	7457	15 322	4174	8844	32 644	80 321
Имеющиеся средства, в % от бюджета	71%	22%	107%	67%	82%	115%	96%	79%
Расходы на персонал	3397	1554	2525	10 946	2500	3633	19 971	44 526
Расходы на осуществление деятельности	3788	1165	4619	3812	1673	4773	9771	29 601
Совокупные расходы	7185	2719	7144	14 758	4173	8406	29 742	74 127
Расходы, в % от утвержденного бюджета	56%	21%	102%	65%	82%	109%	88%	73%
Расходы, в % от имеющихся средств	79%	97%	96%	96%	100%	95%	91%	92%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро	8%	3%	6%	25%	6%	8%	45%	100%

Категория 4

СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



В категории 4 представлен обзор деятельности ВОЗ в области укрепления систем здравоохранения, которая служит основой для большинства мер, принимаемых Организацией в целях обеспечения всеобщего охвата медико-санитарными услугами.

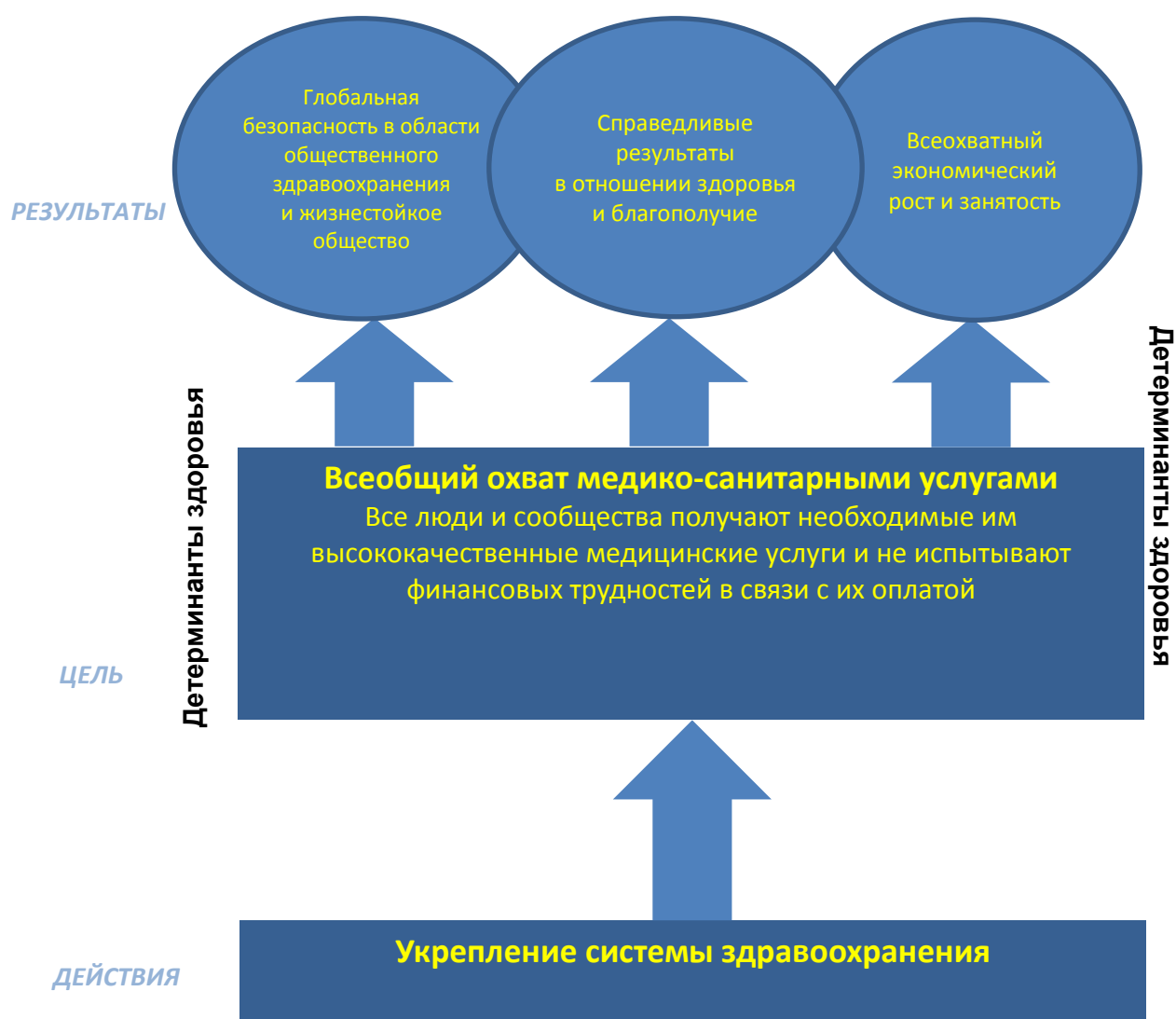
Данная категория охватывает работу по укреплению национальной политики, стратегий и планов в области здравоохранения, включая финансирование здравоохранения; комплексные социально ориентированные услуги в области здравоохранения, включая укрепление кадрового потенциала систем здравоохранения; расширение доступа к лекарственным препаратам и технологиям здравоохранения, включая укрепление потенциала в области регулирования; а также совершенствование информационных систем здравоохранения и сбора фактических данных.

Ниже приводятся примеры деятельности в каждой из четырех программных областей в рамках данной категории. Они не могут охватить весь широчайший спектр деятельности ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, однако призваны отобразить некоторые наиболее новаторские аспекты деятельности, осуществленной за последние два года.

Работа по укреплению систем здравоохранения является неотъемлемой частью усилий по достижению искомых конечных результатов в области укрепления здоровья на протяжении всей жизни и борьбы с инфекционными и неинфекционными заболеваниями как составной части всеобщего охвата медико-санитарными услугами. Эффективные системы здравоохранения необходимы также для обеспечения безопасности в сфере общественного здравоохранения на индивидуальном и глобальном уровнях. Как со всей очевидностью показали недавние чрезвычайные ситуации в сфере здравоохранения, такие как вспышки болезней, вызванных вирусами Эбола и Зико, или стихийные бедствия в Непале и на Филиппинах, системы здравоохранения должны быть готовы к тому, чтобы обеспечить охрану здоровья

населения и жизнестойкость общества. Укрепление систем здравоохранения предусматривает мобилизацию финансовых ресурсов и более эффективное установление приоритетов при их распределении, а также наращивание потенциала систем здравоохранения в различных институциональных, экономических, бюджетно-налоговых и политических контекстах. Важно отметить, что укрепление систем здравоохранения является главным методом, включающим ряд подходов и инструментов, мер политики и действий, направленных на достижение целей всеобщего охвата медико-санитарными услугами и целей устойчивого развития. Достижение этих целей будет, в свою очередь, способствовать обеспечению глобальной безопасности в сфере здравоохранения и жизнестойкости общества, справедливых конечных результатов в отношении здоровья и благополучия и всеохватного экономического роста и занятости. Эта динамика отражена на диаграмме ниже.

Концептуальная основа всеобщего охвата медико-санитарными услугами как составная часть Целей в области устойчивого развития



**СВОДНЫЕ ФИНАНСОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО КАТЕГОРИИ 4, 2014–2015 гг.
(ТЫС. ДОЛЛ. США)**

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	71 300	30 700	44 900	44 800	43 000	54 200	242 200	531 100
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	29 839	19 715	32 415	22 723	25 930	24 000	63 716	218 338
Добровольные взносы, обусловленные	49 266	3 111	12 466	19 413	16 858	21 132	178 592	301 586
Всего	79 105	22 826	44 881	42 136	42 788	45 132	242 308	519 924
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	111%	74%	100%	94%	100%	83%	100%	98%
Расходы на персонал								
Расходы на осуществление деятельности	34 398	16 608	17 461	18 074	18 679	19 880	142 831	267 931
Совокупные расходы	71 180	23 212	42 919	39 612	38 690	42 806	209 698	468 117
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	100%	76%	96%	88%	90%	79%	87%	88%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	90%	102%	96%	94%	90%	95%	87%	90%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	13%	6%	7%	7%	7%	7%	53%	100%

4.1 НАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕРЫ ПОЛИТИКИ, СТРАТЕГИИ И ПЛАНЫ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 4.1. ВСЕ СТРАНЫ ИМЕЮТ КОМПЛЕКСНЫЕ НАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕРЫ ПОЛИТИКИ, СТРАТЕГИИ И ПЛАНЫ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, КОТОРЫЕ БЫЛИ ОБНОВЛЕНЫ В ПОСЛЕДНИЕ ПЯТЬ ЛЕТ

Процессы совместного планирования и проведения оценки при разработке политики в области здравоохранения

Фактические данные из стран как с развитой, так и развивающейся экономикой указывают на то, что привлечение к деятельности отдельных лиц, семей, сообществ, организаций гражданского общества, парламентариев и средств массовой информации может положительным образом воздействовать на информированность по вопросам здоровья, опыт пациентов, предоставление услуг, затраты на здравоохранение и результаты в отношении здоровья. Одной из наиболее эффективных мер вмешательства в этой области является совместное принятие решений, подкрепленное дальнейшими отзывами ряда заинтересованных сторон.

Общественный диалог в Тунисе: пример участия населения в разработке политики в области здравоохранения при поддержке ВОЗ

События в Тунисе оказались в центре внимания СМИ в декабре 2010 г., когда страну охватило народное движение. С тех пор центральным элементом политики стало обязательство снизить высокий уровень безработицы, покончить с коррупцией, улучшить условия жизни населения и предоставить гражданам возможность высказать свое мнение.

На этом фоне, а также с учетом изменений в тунисском обществе представлялось настоятельно необходимым провести, чем скорее, тем лучше, фундаментальную переориентацию национального сектора здравоохранения. Было чрезвычайно важно провести углубленное обсуждение с участием населения, чтобы выяснить мнения, потребности и повседневные проблемы людей. В 2012 г. при технической поддержке ВОЗ под эгидой Партнерства ЕС/Люксембурга-ВОЗ в области всеобщего охвата медико-санитарными услугами началось осуществление программы под названием «общественный диалог» («dialogue sociétal») – с особым акцентом на понятие «общественный», чтобы подчеркнуть важность участия всех членов общества в процессе реформ. Тогда было ясно, что реалистичность и приемлемость реформ в преобладающих политических и социальных условиях в значительной степени зависят от участия населения. Поэтому обсуждения с участием населения в Тунисе проводились с двойной целью: выяснить мнение населения и предоставить людям платформу для выражения своих взглядов так, как они никогда еще этого не делали.

Первые в истории «совещания граждан по вопросам здравоохранения» были проведены в каждом вилайете, основное внимание на них уделялось ключевым задачам в секторе здравоохранения, а также ценностям и установкам, которые должны быть в основе соответствующих реформ. Одновременно с этими совещаниями в разных районах страны были сформированы фокус-группы для уязвимых групп населения. В дополнение к совещаниям граждан и работе с фокус-группами были проведены обзоры научных работ и специальные технические исследования. Начала проявляться потребность в безотлагательных реформах в нескольких важных сферах. Следующим этапом стало проведение лотерейного отбора приблизительно 100 человек из всех вилайетов для создания "гражданского жюри" («jury citoyen») по вопросам здравоохранения. Затем перед жюри была поставлена задача принять решения по конкретным вопросам в следующих областях:

- солидарность и механизмы финансирования системы здравоохранения;
- «медицинские услуги в шаговой доступности», координация и интеграция медико-санитарной помощи;
- укрепление здоровья и культура здоровья;
- повышение надежности и восстановление сектора здравоохранения.

Отклики на эти консультации с населением были однозначно положительными. Учитывая огромную популярность этих мероприятий, Правительство особо рекомендовало применить эту методику в других секторах, в том числе в сферах образования и социального обеспечения. Кроме того, благодаря этим мероприятиям группы граждан смогли сосредоточить свое внимание на ключевых вопросах и укрепить свой потенциал.

Консультации с населением в Тунисе: несколько цифр

- **96 членов жюри, набранных путем лотерейного отбора в 24 вилайетах, составили «гражданское жюри» в области здравоохранения**
 - **120 часов аудио- и видеозаписей с участием граждан, делящихся своими проблемами**
 - **3424 гражданина приняли участие в совещаниях граждан по вопросам здравоохранения**
 - **20 556 километров преодолели организаторы различных консультаций с населением**
-

Кульминацией различных мероприятий по проведению обсуждений с участием населения стала «Белая книга» («Livre Blanc»), первый в истории комплексный диагностический анализ работы сектора здравоохранения. «Белая книга» послужила основой для следующего пятилетнего национального плана развития здравоохранения. В настоящее время проводится обсуждение и окончательное оформление этого плана.

Консультации с населением – это один из наиболее эффективных способов оценки его потребностей и ожиданий, а также повышения роли общин как активных заинтересованных сторон процесса планирования. Необходимо, чтобы в консультациях участвовали все ключевые стороны, в том числе средства массовой информации и парламентарии, а также организации гражданского общества/неправительственные организации. Проводимые в рамках цикла планирования в области здравоохранения консультации позволяют узнать потребности и мнения населения по вопросам здравоохранения и, таким образом способствуют совершенствованию национального планирования в области здравоохранения и более оперативному реагированию системы здравоохранения на потребности и чаяния людей.

Подобные проведенным в Тунисе консультации позволяют собрать информацию о потребностях людей и в то же время повышают ответственность населения за выработанные по их итогам меры политики. Кроме того, велика вероятность повышения уровня подотчетности и прозрачности. Консультации могут также поддерживать механизмы мониторинга и оценки, как правило включаемые в национальный план/стратегию в области здравоохранения. В долгосрочной перспективе проведение регулярных, методологически выверенных консультаций может послужить отправной точкой для внедрения официальных процессов с участием общественности (например, совместных ежегодных обзоров деятельности сектора здравоохранения).

Возможно, опыт Туниса в некотором роде уникален, однако это не единственный пример поддержки аналогичных процессов со стороны ВОЗ. Например, в 2012 г. в Республике Молдова при поддержке Партнерства ЕС/Люксембурга-ВОЗ в области всеобщего охвата медико-санитарными услугами был проведен первый в истории национальный форум по вопросам здравоохранения, в котором участвовал широкий круг заинтересованных сторон, никогда прежде не собиравшихся вместе на одном мероприятии. В Того ВОЗ сыграла ключевую роль в оказании помощи Министерству здравоохранения при проведении более глубокого, чем в предыдущие годы, ситуационного анализа с более активным участием общественности и заинтересованных сторон. На основе этого ситуационного анализа был разработан национальный план в области здравоохранения на 2012–2015 годы.

Кроме того, имеется много примеров важной роли организаций гражданского общества в этой сфере. Например, созданная в 2009 г. "Коалиция 15%" – платформа в области здравоохранения, объединяющая 18 организаций гражданского общества, активно действует в Камеруне и Гвинее-Бисау и собирается распространить свою деятельность на Бенин, Конго и Демократическую Республику Конго. «Коалиция 15%» выступает за реальное осуществление принципа 15% – зафиксированного в Абуджийской декларации обязательства выделять на улучшение в секторе здравоохранения 15% государственного

бюджета. Одним из ряда направлений деятельности платформы является картирование расходов правительства и взносов доноров; участники платформы также выступают за увеличение ассигнований на здравоохранение. Кроме того, платформа играет ведущую роль в организации мероприятий в рамках Дня всеобщего охвата медико-санитарными услугами, используя эту возможность для информирования граждан о доступе к медицинской помощи и финансовой защите и для повышения осведомленности о праве на здоровье.

В настоящее время ВОЗ оказывает помощь в проведении политического диалога в области здравоохранения, финансировании здравоохранения и национальном планировании в области здравоохранения более чем 70 странам. Из них 27 стран получают более интенсивную помощь в рамках Партнерства ЕС/Люксембурга-ВОЗ в области всеобщего охвата медико-санитарными услугами. Учитывая огромный спрос и положительные результаты, поставлена задача увеличить количество стран, получающих более интенсивную помощь.

Приведенные выше примеры служат иллюстрацией работы, проделанной в программной области, касающейся национальной политики, стратегий и планов в области здравоохранения. В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (!) Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
4.1.1.	Информационно-разъяснительная деятельность и политический диалог для оказания поддержки странам в разработке комплексной национальной политики, стратегий и планов в области здравоохранения	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.1.2.	Потенциал стран в целях развития и реализации законодательной, нормативно-правовой и финансовой базы, подкрепленный разработкой и применением фактических данных, норм и стандартов, а также надежной системы мониторинга и оценки	✓	!	✓	✓	!	✓	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	15 200	14 500	12 600	17 600	11 100	15 400	39 300	125 700
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	7 094	4 833	9 739	5 528	4 960	8 786	6 910	47 850
Добровольные взносы, обусловленные	18 053	1 317	2 600	9 550	9 086	6 322	28 694	75 622
Всего	25 147	6 150	12 339	15 078	14 046	15 108	35 604	123 472
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	165%	42%	98%	86%	127%	98%	91%	98%
Расходы на персонал								
	7 039	4 441	7 029	6 928	4 830	8 413	19 522	58 202
Расходы на осуществление деятельности								
	11 317	1 655	4 232	7 178	6 751	5 950	11 712	48 795
Совокупные расходы	18 356	6 096	11 261	14 106	11 581	14 363	31 234	106 997
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	121%	42%	89%	80%	104%	93%	79%	85%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	73%	99%	91%	94%	82%	95%	88%	87%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	12%	8%	12%	12%	8%	14%	34%	100%

4.2 ИНТЕГРИРОВАННОЕ И ОРИЕНТИРОВАННОЕ НА ЛЮДЕЙ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 4.2. ОБЕСПЕЧЕНЫ МЕРЫ ПОЛИТИКИ, ФИНАНСИРОВАНИЕ И ЛЮДСКИЕ РЕСУРСЫ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ДОСТУПА К ИНТЕГРИРОВАННОМУ И ОРИЕНТИРОВАННОМУ НА ЛЮДЕЙ МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ

Обеспечение всеобщего доступа к работникам здравоохранения

В 2014–2015 гг. работники здравоохранения находились в центре внимания средств массовой информации, освещавших международную ситуацию в области здравоохранения. В 2014 г. журнал *Time* присудил звание «Человек года» борцам с лихорадкой Эбола, а в мае 2015 г. Ассамблея здравоохранения почтила память 513 работников здравоохранения, умерших от лихорадки Эбола. Ассамблея здравоохранения 2015 г. также отдала дань уважения работникам здравоохранения, подвергшимся в период с января 2014 г. нападениям более чем в 17 странах, в которых имеют место конфликты и общественные беспорядки.

В Либерии укрепление кадровых ресурсов здравоохранения является одной из первоочередных задач разработанного Министерством здравоохранения Инвестиционного плана создания устойчивых систем здравоохранения на 2015–2021 гг., а ключевыми направлениями работы являются создание рабочих мест и улучшение условий труда в целях стимулирования набора и сохранения медицинских кадров. Основой этих мер является признание того факта, что успешная перестройка системы здравоохранения зависит от решения фундаментальных вопросов, влияющих на кадровые ресурсы здравоохранения. Всеобщий охват медико-санитарными услугами и обеспечение глобальной безопасности в области здравоохранения обусловлены наличием всеобщего доступа к работникам здравоохранения; именно на этом принципе ВОЗ строила в последние 10 лет свой подход к кадровым ресурсам здравоохранения. Это способствовало привлечению внимания к данной проблеме и стимулировало разработку нормативных руководящих документов и сбор фактических данных по важнейшим проблемам, таким как нехватка медицинских кадров, наем и сохранение персонала в сельских и отдаленных районах, профессиональная подготовка специалистов-медиков, международная миграция работников здравоохранения. ВОЗ добилась реальных результатов в сближении заинтересованных сторон в секторе здравоохранения и обеспечении большей согласованности, диалога и сотрудничества посредством Глобального альянса по трудовым ресурсам здравоохранения, а также других форумов.

Важным достижением стало принятие в мае 2010 г. Шестьдесят третьей Всемирной ассамблеей здравоохранения Глобального кодекса по практике международного найма персонала здравоохранения – впервые за 30 лет ВОЗ использовала свои уставные полномочия для разработки такого кодекса. В представленной в 2015 г. Шестьдесят восьмой Всемирной ассамблее здравоохранения пересмотренной редакции Кодекса признавалось, что он не утратил своей актуальности, однако все заинтересованные стороны настоятельно призывались к укреплению институционального потенциала в целях эффективного применения Кодекса, с тем чтобы полностью обеспечить его потенциальную эффективность. К сожалению, Кодекс не смог в какой-либо значительной мере изменить мнение о том, что работники здравоохранения слишком дорого обходятся для государственной казны. Инвестиции в работников здравоохранения и в стратегии создания рабочих мест выгодны для экономики, однако многие страны сокращают инвестиции в медицинские кадры и ограничивают набор персонала, даже невзирая на значительные неудовлетворенные потребности в области здравоохранения и социального обеспечения.

Мы извлекли очень важный урок, что принятия в дальнейшем одних и тех же мер будет недостаточно. Благодаря появлению новых фактических данных и политическому импульсу в результате недавнего создания Комиссии высокого уровня по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста¹, кадровое обеспечение здравоохранения позиционируется как вопрос экономической и международной политики. Проблемами медицинских кадров должны заниматься не только министерства здравоохранения, но в не меньшей степени главы государств, министры финансов, образования, иностранных дел и труда. Проблема безработицы существует во всех странах. Преобладание молодежи среди населения Африки означает, что к 2045 г. там будет проживать больше

¹ Подробнее о Комиссии высокого уровня см. по адресу: <http://www.who.int/hrh/com-heeg/en/>, по состоянию на 6 апреля 2016 года.

людей трудоспособного возраста, чем в Китае или Индии; в мае 2015 г. около 42 миллионов человек в 34 странах ОЭСР были безработными – на 10 миллионов больше, чем до финансового кризиса¹. Показатели безработицы среди молодежи в Европейском союзе превышали общие показатели безработицы как минимум вдвое, более 4,4 миллиона молодых людей в возрасте до 25 лет были безработными². При этом большинство рабочих мест, созданных в странах ОЭСР после финансового кризиса, приходится на сектор обслуживания, и показатели роста занятости в секторах здравоохранения и социального обеспечения превысили соответствующие показатели в других секторах, внося существенный вклад в рост мировой экономики (10,3% мирового валового внутреннего продукта). Практически половина новых рабочих мест в частном секторе в Соединенных Штатах, созданных в период между 2001 и 2012 г., приходилась на сектор здравоохранения. В секторе здравоохранения и социального обеспечения в Европейском союзе работают 20 миллионов человек (10% общей занятости). Среди работников здравоохранения преобладают женщины, и во многих странах их доля неуклонно возрастает. Рост занятости в области здравоохранения, таким образом, способствует расширению возможностей достойного трудоустройства для женщин. Связи между уменьшением безработицы, ростом социальной сплоченности и стабильностью очевидны – можем ли мы рассчитывать на то, что занятость в секторе здравоохранения и социального обеспечения приведет к созданию тройной выгоды: достойной занятости, глобальной безопасности в области здравоохранения и улучшению здоровья?

По прогнозу Всемирного банка, в глобальной экономике возникнет спрос на дополнительные 40 миллионов рабочих мест в секторе здравоохранения, в основном в странах со средним и высоким уровнем дохода. Это произойдет на фоне углубляющегося несоответствия между имеющимися кадрами и потребностями и дефицита кадров – в первую очередь в странах с низким уровнем дохода и с уровнем дохода ниже среднего, – препятствующего усилиям по достижению всеобщего охвата медико-санитарными услугами. Способно ли надлежащее руководство и вложение средств в занятость в сфере здравоохранения ускорить достижение Целей в области устойчивого развития, способствуя улучшению здоровья, обеспечению глобальной безопасности в области здравоохранения, наращиванию квалифицированного человеческого капитала, созданию достойных рабочих мест и сокращению нищеты?

Учредив Комиссию, Организация Объединенных Наций подготовила почву для обсуждения и предложила меры, выходящие за пределы обычной повестки дня в области здравоохранения, повестки дня, которую сообща поддержали МОТ, ОЭСР и ВОЗ. В новой повестке дня, касающейся кадрового обеспечения здравоохранения, отражены взаимосвязанные устремления, воплощенные в Целях в области устойчивого развития. Деятельность ВОЗ в 2016–2017 гг., – отображением которой является представленная на рассмотрение Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения новая Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения – исходит из признания наличия связей между вопросами кадрового обеспечения здравоохранения и более широкой повесткой дня, касающейся всеохватного экономического роста, борьбы с безработицей, расширения устойчивых возможностей для достойного труда, прав человека и социальной защиты и создания квалифицированной рабочей силы. Новая повестка дня ВОЗ по вопросам занятости в области здравоохранения, рабочих мест и достойного труда призвана стать катализатором в достижении изменения всей системы представлений, необходимого для выработки и реализации решений, направленных на борьбу с ростом проявлений несправедливости в отношении медицинских кадров и на формирование рынков, с тем чтобы максимально использовать возможности занятости в области здравоохранения для достижения Целей в области устойчивого развития.

Изложенное выше служит наглядным примером работы, проведенной в программной области, касающейся интегрированного и ориентированного на людей медицинского обслуживания. В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету.

¹ Scarpetta S. Editorial: Time is running out to help workers move up the jobs ladder. In: OECD Economic Outlook 2015. Paris: OECD Publishing; 2015 (http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/employment/oecd-employment-outlook-2015_empl_outlook-2015-en#page13, по состоянию на 6 апреля 2016 года).

² Unemployment statistics. In: Eurostat statistics explained [website]. Luxembourg, European Commission (Eurostat); 2016 (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unemployment_statistics, по состоянию на 6 апреля 2016 г.).

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (!) Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
4.2.1.	Варианты политики, инструментов и технической поддержки стран в целях обеспечения справедливого доступа к социально ориентированным комплексным услугам здравоохранения и совершенствования подходов к общественному здравоохранению	X	н/п	✓	✓	!	✓	!
4.2.2.	Страны, обеспечившие планирование и реализацию стратегий, соответствующих глобальной стратегии ВОЗ в отношении медико-санитарного персонала и Глобальному кодексу ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения	✓	!	✓	✓	!	✓	✓
4.2.3.	Руководящие принципы, инструменты и техническая поддержка стран для повышения безопасности пациентов и качества услуг, а также в целях расширения прав и возможностей пациентов	!	✓	✓	!	✓	✓	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	30 000	6 000	22 300	11 700	15 400	23 900	42 200	151 500
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	13 193	7 066	11 710	6 655	9 376	8 401	12 571	68 972
Добровольные взносы, обусловленные	12 058	561	7 187	7 205	3 244	5 411	16 049	51 715
Всего	25 251	7 627	18 897	13 860	12 620	13 812	28 620	120 687
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	84%	127%	85%	118%	82%	58%	68%	80%
Расходы на персонал								
	15 245	5 800	5 417	4 252	5 390	5 219	19 606	60 929
Расходы на осуществление деятельности								
	11 100	2 058	13 705	8 408	6 784	7 955	8 429	58 439
Совокупные расходы	26 345	7 858	19 122	12 660	12 174	13 174	28 035	119 368
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	88%	131%	86%	108%	79%	55%	66%	79%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	104%	103%	101%	91%	96%	95%	98%	99%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	25%	10%	9%	7%	9%	9%	32%	100%

4.3 ДОСТУП К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ И ТЕХНОЛОГИЯМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА РЕГУЛИРОВАНИЯ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 4.3. УЛУЧШЕНИЕ ДОСТУПА К БЕЗОПАСНЫМ, ЭФФЕКТИВНЫМ И КАЧЕСТВЕННЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ И ТЕХНОЛОГИЯМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИХ РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

Закрепление принципа доступности основных лекарственных средств путем справедливого ценообразования

В последние 15 лет гражданское общество активно выступало за расширение доступа к лекарственным средствам в развивающихся странах, ссылаясь на выработанную ВОЗ концепцию основных лекарственных средств – комплекса лекарственных средств, которые должны быть гарантированно качественными и доступными по цене и быть в наличии в системе здравоохранения в любое время для решения конкретных проблем определенной группы населения в области охраны здоровья. Традиционно вопрос доступа к основным лекарственным средствам воспринимался главным образом в контексте «богатых и бедных»: провозглашались лозунги, осуждающие ориентацию на богатые рынки при разработке лекарственных средств и установлении цен на них, а также ориентацию фармацевтических исследований и разработок по большей части на болезни, имеющие место преимущественно в богатых регионах.

В настоящее время мы оказались в новом затруднительном положении. Цены на лекарственные препараты последнего поколения для лечения гепатита С, доходившие до 1000 долл. США за таблетку, вызвали жаркие дебаты как в развитых, так и в развивающихся странах, поскольку предоставление этих препаратов всем нуждающимся в них с экономической точки зрения является непосильным бременем. Стоимость новых лекарственных препаратов для лечения онкологических заболеваний вынудила некоторые национальные службы здравоохранения, например в Соединенном Королевстве, исключить ряд препаратов из перечня лекарственных средств, расходы на которые возмещаются государством, или ввести их нормированное распределение. Вопрос о том, какие группы населения должны получать эти лекарственные средства в первую очередь, стал поводом для непростой дискуссии этического характера и привлек внимание парламентариев, сторонников обеспечения доступности лекарственных средств и средств массовой информации.

Так же как 15 лет назад в Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ были включены патентованные антиретровирусные препараты, в мае 2015 г. ВОЗ включила в этот Перечень все новые лекарственные препараты для лечения гепатита С, а также шесть новых дорогостоящих лекарственных средств для лечения онкологических заболеваний. До недавнего времени в этот перечень, как правило, включали преимущественно недорогие лекарственные средства – дженерики.

В связи с принятием этого судьбоносного решения Генеральный директор ВОЗ заявила: «Когда появляются новые эффективные лекарства для безопасного лечения тяжелых и широко распространенных заболеваний, жизненно важно обеспечить, чтобы каждый человек, нуждающийся в них, мог получить их. Включение их в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств является первым шагом в этом направлении»¹. Посыл этого заявления был ясен: инновации и достижения в области общественного здравоохранения должны быть доступны всем и ответственность за обеспечение доступности этих лекарственных средств теперь лежит на правительствах, системах страхования и производителях.

Производители этих лекарственных препаратов утверждают, что высокие затраты на исследования и разработку лекарственных препаратов и особенно высокая ценность их для здоровья оправдывают высокие цены на эти лекарственные препараты. Однако существует очень мало данных в поддержку приводимых высоких затрат на исследования и разработку лекарственных препаратов, и большинство

¹ ВОЗ способствует улучшению доступа к необходимым для спасения жизни лекарствам от гепатита С, лекарственно устойчивого туберкулеза и онкологических заболеваний [пресс-релиз]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 8 мая 2015 г. (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/new-essential-medicines-list/en/>, по состоянию на 4 апреля 2016 г.).

первоначальных исследований, связанных с этими лекарственными препаратами, проводятся в учреждениях, финансируемых государством.

Доступная цена – это один из множества определителей доступности лекарственных препаратов. Однако все более очевидным становится тот факт, что текущая ситуация в области цен на лекарственные препараты является в настоящее время одной из самых больших проблем для систем здравоохранения во всем мире, вне зависимости от уровня доходов.

С другой стороны, существует еще одна проблема, связанная с дефицитом лекарственных препаратов и дефектурой старых и незапатентованных лекарственных препаратов. Производители лекарственных препаратов менее заинтересованы в обеспечении качества лекарственных препаратов, продающихся по очень низким ценам. Существует ряд примеров – от бензатин-пенициллина до старых лекарственных средств, используемых при лечении СПИДа, и антидотов против змеиного яда: либо производители этих лекарственных средств уходят с рынка, либо качество этих лекарственных средств существенно ухудшилось.

Появление этих сопутствующих проблем привело к тому, что дискуссия о ценах на лекарственные препараты вышла за рамки сферы торговли в сферу, требующую вмешательства систем общественного здравоохранения. Кроме того, в центре внимания оказался принцип справедливости. Как определить справедливую прибыль компании, занимающейся исследованиями и разработкой лекарственных препаратов, и справедливую цену, которую должны заплатить системы здравоохранения за достижение всеобщего охвата медико-санитарными услугами?

Возобновив усилия по использованию Перечня основных лекарственных средств в качестве мощного политического инструмента, ВОЗ также начала осуществление инициативы по «справедливому ценообразованию», направленной на оказание помощи странам в разработке эффективной политики в области обеспечения всеобщего охвата медико-санитарными услугами. В 2016 г. предполагается провести ряд ситуационных анализов, кульминацией которых станет форум с привлечением всех ключевых заинтересованных групп, участвующих в разработке, приобретении и потреблении лекарственных препаратов. основополагающий метод заключается в выявлении наиболее выгодных вариантов и стратегий снижения цен на новые лекарственные препараты, а также в сохранении эффективных стимулов для проведения исследований и инноваций и в сохранении на рынке лекарственных препаратов – дженериков.

ВОЗ обладает как полномочиями, так и обязательствами по решению встающей перед системой общественного здравоохранения проблемы цен на лекарственные препараты. ВОЗ предоставляет уникальную глобальную политическую платформу для решения этой проблемы, объединяя всех участников сектора общественного здравоохранения на национальном и международном уровнях.

Главной целью Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в области здравоохранения является укрепление здоровья и обеспечение доступа людей во всем мире к необходимым медицинским услугам посредством всеобщего охвата медико-санитарными услугами. В журнале *The Lancet* недавно отмечалось решающее значение основных лекарственных средств для стран, намеренных обеспечить всеобщий охват медико-санитарными услугами, а также подчеркивалось, что доступ к основным лекарственным средствам станет одной из основных целей повестки дня в области развития на период после 2015 года.¹ Пришло время настоятельно призвать к более активному участию глобального сектора здравоохранения в политическом диалоге по вопросам ценообразования на лекарственные препараты и искать реалистичные решения для расширения доступа к лекарственным препаратам путем повышения их доступности в ценовом отношении.

Вышеизложенное служит наглядным примером работы, проведенной в программной области, касающейся доступа к лекарственным средствам и технологиям здравоохранения и укрепления потенциала регулирования. В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее информацию о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету.

¹ A new *Lancet* Commission on Essential Medicines. *Lancet*. 2014;384(9955):1642. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62017-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62017-1).

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (!) Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимое								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
4.3.1.	Страны, обеспечившие разработку или обновление, реализацию, мониторинг и оценку национальной политики по улучшению доступа к технологиям здравоохранения; а также улучшение основанного на фактических данных отбора и рационального использования технологий здравоохранения	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!
4.3.2.	Реализация глобальной стратегии и плана действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности	!	✓	✓	✓	н/п	✓	!
4.3.3.	Содействие укреплению национальных органов регулирования; разработка норм, стандартов, руководящих принципов в отношении медицинской продукции; а также обеспечение качественных, безопасных и эффективных технологий здравоохранения посредством предварительного квалификационного отбора	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	11 600	5 700	4 700	7 000	7 300	8 900	100 300	145 500
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	3 817	2 834	5 933	1 944	4 651	3 419	13 227	35 825
Добровольные взносы, обусловленные	9 298	611	1 394	1 763	2 437	4 096	98 854	119 201
Всего	13 115	3 445	7 327	3 707	7 088	7 515	112 081	155 026
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	113%	60%	156%	53%	97%	84%	112%	107%
Расходы на персонал								
	5 522	2 520	2 608	1 817	3 655	3 432	66 184	85 738
Расходы на осуществление деятельности								
	6 466	1 023	4 167	1 850	2 681	3 843	36 163	56 193
Совокупные расходы	11 988	3 543	6 775	3 667	6 336	7 275	102 347	141 931
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	103%	62%	144%	52%	87%	82%	102%	98%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	91%	103%	92%	99%	89%	97%	91%	92%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	6%	3%	3%	2%	4%	4%	77%	100%

4.4 СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ИНФОРМАЦИЯ И ФАКТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 4.4. ВСЕ СТРАНЫ ИМЕЮТ НАДЛЕЖАЩИМ ОБРАЗОМ ФУНКЦИОНИРУЮЩИЕ СИСТЕМЫ РЕГИСТРАЦИИ АКТОВ ГРАЖДАНСКОГО СОСТОЯНИЯ И ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Рационализация мониторинга в области здравоохранения: Глобальный справочный перечень 100 основных показателей здоровья

До недавнего времени некоторые страны были обязаны отчитываться по более чем 800 показателям здоровья. Эта ситуация возникла в связи с отсутствием общемировой координации инвестиций, осуществляемых множеством различных учреждений, в программы мониторинга и оценки, касавшиеся конкретных заболеваний и конкретных программ. Это, в свою очередь, способствует существованию большого количества показателей, различающихся определений показателей, разной периодичности предоставления отчетности, сбору разрозненных данных и отсутствию координации мер по укреплению национального институционального потенциала. Конечный результат – излишнее обременение стран и неэффективность усилий по укреплению страновых систем информации в области здравоохранения.

На неофициальном совещании, состоявшемся в Нью-Йорке, Соединенные Штаты Америки, в сентябре 2013 г., руководители глобальных учреждений в области здравоохранения приняли решение учредить группу старших координаторов – представителей от каждого учреждения для анализа важнейших требований своих соответствующих учреждений к страновой отчетности в целях облегчения бремени отчетности. Генеральный директор ВОЗ возглавила тогда Межведомственную рабочую группу по вопросам показателей и бремени отчетности, осуществившую экспресс-оценку бремени показателей и требований, предъявляемых к отчетности. В подготовленном впоследствии докладе¹ был проведен анализ ситуации как с глобальной, так и со страновой точки зрения.

Одной из приоритетных мер, потребность в которых выявила межведомственная рабочая группа, является повышение глобальными учреждениями скоординированности и эффективности инвестиций путем рационализации существующих запросов в отношении отчетности и, соответственно, уменьшения требований к отчетности и облегчения лежащего на странах бремени отчетности. Для достижения этой цели ВОЗ вместе с международными и многосторонними партнерами и странами разработала и согласовала глобальный справочный перечень 100 показателей здоровья. Основная идея заключается в том, что все учреждения будут уделять приоритетное внимание этим показателям при мониторинге прогресса на национальном и мировом уровнях, при оценке потребностей в программной поддержке и при привлечении средств и финансирования. При разработке данного перечня использовались существующие перечни, рекомендованные международными руководящими органами международных организаций и форумов, глобальными и региональными инициативами в области здравоохранения, группами технических экспертов и программами технической экспертизы.

Интенсивное сотрудничество 20 глобальных учреждений в области здравоохранения привело к разработке Глобального справочного перечня 100 показателей здоровья, предназначенного для мониторинга полученных результатов. Данный перечень представляет собой стандартный набор из 100 показателей, признанных приоритетными мировым сообществом и используемых для предоставления сжатой информации о ситуации и тенденциях в области здравоохранения, в том числе о мерах реагирования, принятых на национальном и глобальном уровнях. Глобальный справочный перечень содержит актуальные показатели отчетности на страновом, региональном и глобальном уровнях, охватывающие весь спектр глобальных приоритетных задач в области здравоохранения, которые связаны с касающимися здоровья задачами Целей в области устойчивого развития. Они включают программу осуществления Целей тысячелетия в области развития, а также новые и возникающие приоритетные проблемы, такие как неинфекционные заболевания, всеобщий охват

¹ A rapid assessment of the burden of indicators and reporting requirements for health monitoring. Report prepared for the Interagency Working Group on Indicators and Reporting Burden by the WHO Department of Health Statistics and Information Systems. Geneva: World Health Organization; 2014.

медико-санитарными услугами и другие вопросы, внесенные в Повестку дня в области развития на период после 2015 года.

Цель Глобального справочного перечня – способствовать сокращению требований к отчетности, более тесной координации с создаваемыми при ведущей роли стран национальными платформами результативности и подотчетности в секторе здравоохранения, служащими основой отчетности в мировом масштабе, и наращиванию инвестиций в такие платформы¹. Глобальный справочный перечень направлен на рационализацию и побуждает заинтересованные стороны принимать во внимание лишь наиболее важные и значительные показатели.

Глобальный справочный перечень является средством для достижения цели. Его основные задачи:

- служить ориентиром для мониторинга результатов в области здравоохранения на национальном и глобальном уровнях;
- сокращать количество излишних и дублирующихся требований к отчетности;
- повышать эффективность инвестиций в сбор данных в странах;
- повышать доступность и качество данных о результатах; и
- повышать прозрачность и подотчетность.

На состоявшемся 24 сентября 2015 г. совещании руководителей глобальных учреждений здравоохранения был подготовлен и принят итоговый документ, помещающий Глобальный справочный перечень в более широкий контекст. С тех пор этот перечень уже был использован при разработке систем мониторинга глобальных стратегий и планов действий в нескольких странах.

Обновление Глобального справочного перечня будет осуществляться силами Сотрудничества в области данных здравоохранения, которое является инициативой ряда партнеров и начнет работу в мае 2016 г., располагая небольшим секретариатом, который разместится в ВОЗ, и выделенным штатом сотрудников в ряде других учреждений Организации Объединенных Наций и двусторонних учреждений, а также в коалициях гражданского общества. Целью Сотрудничества в области данных здравоохранения является повышение эффективности и результативности инвестиций в сбор данных в области здравоохранения для укрепления создаваемых странами информационных систем в области здравоохранения в контексте Целей в области устойчивого развития.

Вышеизложенное служит наглядным примером работы, проведенной в программной области, касающейся систем здравоохранения, информации и фактических данных. В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету.

¹ Monitoring, evaluation and review of national health strategies. A country-led platform for information and accountability. Geneva: World Health Organization; 2011.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (⚠) Результат/вклад обеспечен частично (✗) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	
4.4.1. Комплексный мониторинг положения, тенденций и детерминант в области здравоохранения на глобальном, региональном и страновом уровнях с использованием глобальных стандартов, а также лидерство в получении и анализе новых данных о приоритетах здравоохранения	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!
4.4.2. Страны, обеспечившие планирование, разработку и реализацию систем электронного здравоохранения	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.4.3. Политика, инструменты, сети, активы и ресурсы для управления знаниями, разработанные и полностью используемые ВОЗ и странами для укрепления их потенциала по накоплению, применению знаний и обмену ими	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.4.4. Варианты политики, инструменты и поддержка в целях определения и пропаганды приоритетов в исследованиях, а также рассмотрение приоритетных этических вопросов, связанных с общественным здравоохранением и исследованиями в области здравоохранения	✓	✓	✓	✓	✓	!	!	!

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	14 500	4 500	5 300	8 500	9 200	6 000	60 400	108 400
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	5 735	4 982	5 033	8 596	6 943	3 394	31 008	65 691
Добровольные взносы, обусловленные	9 857	622	1 285	895	2 091	5 303	34 995	55 048
Всего	15 592	5 604	6 318	9 491	9 034	8 697	66 003	120 739
Имеющиеся средства, в % от бюджета	108%	125%	119%	112%	98%	145%	109%	111%
Расходы на персонал	6 592	3 847	2 407	5 077	4 804	2 816	37 519	63 062
Расходы на осуществление деятельности	7 899	1 868	3 354	4 102	3 795	5 178	10 563	36 759
Совокупные расходы	14 491	5 715	5 761	9 179	8 599	7 994	48 082	99 821
Расходы, в % от утвержденного бюджета	100%	127%	109%	108%	93%	133%	80%	92%
Расходы, в % от имеющихся средств	93%	102%	91%	97%	95%	92%	73%	83%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро	10%	6%	4%	8%	8%	4%	59%	100%

Категория 5

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОТОВНОСТИ, ЭПИДНАДЗОР И ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ



В этой категории особое внимание уделяется укреплению потенциала стран в области профилактики, обеспечения готовности, принятия ответных и восстановительных мер в отношении всех видов опасных факторов, рисков и чрезвычайных ситуаций, которые представляют угрозу для здоровья людей.

В 2014–2015 гг. наблюдалось беспрецедентное количество кризисных ситуаций в области здравоохранения, что потребовало от ВОЗ принятия ответных мер в отношении ряда совпавших по времени вспышек заболеваний и других чрезвычайных ситуаций. Вспышка лихорадки Эбола была самой крупной и самой сложной вспышкой данного заболевания с тех пор, как этот вирус был обнаружен.

Вспышка лихорадки Эбола, а также вспышки других заболеваний и стихийные бедствия, такие как тайфун «Хайан», ясно показали, что подходы к управлению чрезвычайной ситуацией неэффективны, если они носят разрозненный и узконаправленный характер. Более подходящим способом решения этой проблемы является применение скоординированного подхода на основе учета множества опасных факторов, который включает ряд важнейших элементов, таких как усиленная профилактика, уменьшение риска чрезвычайных ситуаций, обеспечение готовности, эпиднадзор, принятие ответных мер и раннее восстановление.

Сендайская рамочная программа по снижению риска бедствий на 2015–2030 гг. направлена на обеспечение существенного снижения рисков и потерь посредством согласованных многосекторальных действий. ВОЗ добилась включения вопросов здравоохранения в Сендайскую рамочную программу. В

Сендайской рамочной программе здоровье находится в центре глобальной политики и деятельности по снижению связанных с бедствиями рисков, в ней применяется подход, основанный на учете всех видов опасности, и ее сфера охвата распространяется на эпидемии и пандемии. В связи с этим ВОЗ вместе с государствами-членами и другими заинтересованными сторонами осуществляла деятельность по разработке концептуальной основы политики управления рисками бедствий для здравоохранения, которая призвана служить в качестве общей политической стратегии в отношении всех видов опасностей.

ВОЗ должна быть способной обеспечивать многосекторальное руководство в условиях крупномасштабных чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения и иметь внутренние системы и структуры в целях обеспечения этим усилиям эффективной и действенной поддержки.

В рамках крупномасштабной реформы работы ВОЗ в чрезвычайных ситуациях будут учтены уроки, извлеченные в течение двухгодичного периода 2014–2015 гг., а также рекомендации Независимой группы высокого уровня, содержащиеся в докладе Генерального секретаря¹.

СВОДНЫЕ ФИНАНСОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО КАТЕГОРИИ 5

БАЗОВЫЕ ПРОГРАММЫ

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	55 500	16 200	16 600	13 700	17 200	29 400	138 400	287 000
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	23 284	7 420	7 690	5 417	11 641	7 110	49 354	111 916
Добровольные взносы, обусловленные	28 415	3 928	11 187	9 147	23 112	18 867	72 732	167 399
Всего	51 699	11 348	18 877	14 564	34 753	25 977	122 086	279 315
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	93%	70%	114%	106%	202%	88%	88%	97%
Расходы на персонал								
	22 647	5 569	8 908	7 509	17 651	10 978	86 929	160 191
Расходы на осуществление деятельности								
	25 874	5 385	8 709	6 547	16 576	14 166	28 279	105 536
Совокупные расходы	48 521	10 954	17 617	14 056	34 227	25 144	115 208	265 727
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	87%	68%	106%	103%	199%	86%	83%	93%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	94%	97%	93%	97%	98%	97%	94%	95%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	14%	3%	6%	5%	11%	7%	54%	100%

¹ См. документ Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/70/723 (доступно по адресу http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/723 по состоянию 14 апреля 2016 г.).

ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	447 500	11 100	74 800	9 000	291 300	6 900	87 300	927 900
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	9 157	16	2 480	31	3 830	170	21 434	37 118
Добровольные взносы, обусловленные	926 883	8 120	92 619	20 877	524 029	27 867	273 195	1 906 413
Всего	936 040	8 136	95 099	20 908	527 859	28 037	294 629	1 943 531
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	209%	73%	127%	232%	181%	406%	337%	209%
Расходы на персонал								
	140 196	782	5 048	3 764	43 193	2 824	59 305	255 112
Расходы на осуществление деятельности								
	699 669	6 753	77 667	13 521	429 833	23 955	189 653	1 441 051
Совокупные расходы	839 865	7 535	82 715	17 285	473 026	26 779	248 958	1 696 163
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	90%	93%	87%	83%	90%	96%	84%	87%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	55%	0%	2%	1%	17%	1%	23%	100%
	447 500	11 100	74 800	9 000	291 300	6 900	87 300	927 900
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								

5.1 ВОЗМОЖНОСТИ В ОБЛАСТИ ОПОВЕЩЕНИЯ И ПРИНЯТИЯ ОТВЕТНЫХ МЕР

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 5.1. В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕБОВАНИЯМИ МЕЖДУНАРОДНЫХ МЕДИКО- САНИТАРНЫХ ПРАВИЛ (2005 Г.) ВСЕ СТРАНЫ ОБЛАДАЮТ МИНИМАЛЬНЫМИ ОСНОВНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В ОБЛАСТИ ОПОВЕЩЕНИЯ И ПРИНЯТИЯ ОТВЕТНЫХ МЕР

Наращивать профессионализм для обеспечения безопасности в области здравоохранения

Опираясь на успехи организованного в 2010–2012 гг. учебного курса по осуществлению Международных медико-санитарных правил (2005 г.), разработанного в целях содействия пониманию и применению Правил сотрудниками ВОЗ и национальными координаторами, ВОЗ разработала комплексную методику обучения и подготовки людских ресурсов по вопросам безопасности в области здравоохранения в рамках системы Международных медико-санитарных правил (2005 г.), ориентированную как на индивидуальный, так и на институциональный уровень. Эта методика призвана увеличить число специалистов, придерживающихся общего подхода к толкованию и применению системы; оказывать поддержку странам в организационном оформлении подготовки по тематике Международных медико-санитарных правил (2005 г.) и способствовать адаптации программ и мероприятий к соответствующим национальным условиям.

Учебная платформа по тематике безопасности в сфере здравоохранения – виртуальная учебная среда – была создана в целях оказания государствам-членам содействия в подготовке будущих поколений лидеров и профессионалов в сфере общественного здравоохранения. Она предоставляет государствам-членам возможность разрабатывать и планировать учебные мероприятия по вопросам безопасности здоровья, используя и адаптируя предлагаемые в рамках платформы подходы и материалы в соответствии с национальными условиями и потребностями. К некоторым учебным и методическим материалам обеспечен публичный доступ, в том числе к комплекту материалов для подготовки национальных групп быстрого реагирования, что имеет крайне важное значение для обеспечения готовности к вспышкам заболеваний.

В сентябре 2014 г., работая совместно с соответствующими техническими группами, в целях поддержки ответных мер на вспышку лихорадки Эбола, группа ВОЗ по профессиональной подготовке расширила сферу охвата своей деятельности и подготовила комплекты материалов для очной и онлайн-подготовки по касающимся Эболы специфическим вопросам, которые охватывают гигиену труда на этапе до развертывания, профилактику инфицирования и борьбу с ним, а также ведение случаев заболевания Эболой в портах и аэропортах.

В 2015 г. в целях дальнейшего содействия обеспечению готовности государств-членов к вспышкам Эболы и другим крупным вспышкам заболеваний группа ВОЗ по развитию людских ресурсов и профессиональной подготовке разработала комплект учебных материалов для национальных групп быстрого реагирования – всеобъемлющий сборник пособий и инструментов для модульного обучения, предоставляющий соответствующим заведениям по профессиональной подготовке в регионах ВОЗ и государствах-членах возможность организовать и провести восьмидневный учебный курс для национальных групп быстрого реагирования, ориентированный на потребности конкретных стран, и осуществить его оценку.

Задача подготовки групп быстрого реагирования заключается в повышении квалификации и совершенствовании навыков этих многопрофильных групп и их отдельных членов в целях укрепления потенциала раннего выявления и контроля, а также принятия ответных мер в связи с событиями в области общественного здравоохранения в рамках скоординированной системы чрезвычайного реагирования. Данный учебный курс, помимо содействия приобретению технических знаний, также способствует координации ответных мер на чрезвычайные ситуации на национальном уровне и имеет целью укрепление навыков работы в команде. Кроме того, предусмотрен форум для непрерывного обучения после завершения учебного курса.

Эта работа будет продолжена в 2016 г. в контексте курсов подготовки инструкторов, а также, возможно, в контексте совместной с партнерами разработки системы необходимых профессиональных навыков для групп быстрого реагирования.

Вышеперечисленное является примером работы, которая была проделана в рамках программной области "Возможности в области оповещения и принятия ответных мер". Она отражает вклад Секретариата в деятельность в рамках одного из шести приоритетов в области лидерства, выделенных в Двенадцатой общей программе работы, а именно в рамках содействия созданию условий для выполнения всеми странами требований в отношении основных возможностей, указанных в Международных медико-санитарных правилах (2005 г.).

В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (!) Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземно-море	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
5.1.1.	Страны, имеющие возможность создавать основной потенциал в соответствии с требованиями Международных медико-санитарных правил (2005 г.)	✓	✓	!	!	!	✓	!
5.1.2.	ВОЗ располагает потенциалом для своевременного предоставления научно обоснованных руководящих принципов, оценки рисков, управления и обмена информацией в отношении всех неотложных чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения	✓	!	✓	✓	!	✓	!

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземно-море	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	8 400	6 300	6 000	7 500	5 000	15 100	49 700	98 000
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	5 248	2 051	3 371	1 575	2 800	2 828	18 716	36 589
Добровольные взносы, обусловленные	4 587	0	4 427	3 788	5 747	9 775	21 492	49 816
Всего	9 835	2 051	7 798	5 363	8 547	12 603	40 208	86 405
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	117%	33%	130%	72%	171%	83%	81%	88%
Расходы на персонал								
	3 156	1 612	4 059	2 677	2 224	5 395	29 214	48 337
Расходы на осуществление деятельности								
	5 884	469	2 865	2 496	5 223	7 128	7 793	31 858
Совокупные расходы	9 040	2 081	6 924	5 173	7 447	12 523	37 007	80 195
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	108%	33%	115%	69%	149%	83%	74%	82%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	92%	101%	89%	96%	87%	99%	92%	93%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	7%	3%	8%	6%	5%	11%	60%	100%

5.2 БОЛЕЗНИ, СПОСОБНЫЕ ВЫЗВАТЬ ЭПИДЕМИИ И ПАНДЕМИИ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 5.2. ВСЕ СТРАНЫ СПОСОБНЫ ОБЕСПЕЧИТЬ УСТОЙЧИВОСТЬ И НАДЛЕЖАЩУЮ ГОТОВНОСТЬ ДЛЯ БЫСТРОГО, ПРЕДСКАЗУЕМОГО И ЭФФЕКТИВНОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА КРУПНЫЕ ЭПИДЕМИИ И ПАНДЕМИИ

Профилактика холеры и борьба с ней

Холера представляет собой серьезную проблему для общественного здравоохранения во многих странах, страдающих от бедности, быстрого роста населения и нестабильности. Вспышки холеры носят разрушительный характер и оказывают воздействие на уязвимые группы населения, лишенные доступа или имеющие ограниченный доступ к безопасной воде и санитарии.

Несмотря на то что холера является заболеванием, которое можно предотвратить и лечить, в мире, согласно оценкам, ежегодно происходит от 1,4 до 4,3 миллиона случаев заболевания холерой и от 28 000 до 142 000 случаев смерти от холеры. Большое количество случаев, как и прежде, нигде не регистрируются. В 2014 г. в 42 странах было зарегистрировано 190 549 случаев заболевания холерой и 2231 случай смерти, причем 55% всех случаев зарегистрированы в Африке, 30% – в Азии и 15% – в Доминиканской Республике и на Гаити.

В соответствии с Программным бюджетом на 2014–2015 гг. в рамках программной области 5.2, касающейся болезней, способных приводить к эпидемиям и пандемиям, были приняты всеобъемлющие и междисциплинарные подходы и созданы глобальные механизмы для решения проблем, связанных с международным аспектом холеры, на всех трех уровнях Организации в контексте работы по достижению рассчитанного на шестилетний срок конечного результата – «Все страны способны обеспечить устойчивость и надлежащую готовность для быстрого, предсказуемого и эффективного реагирования на крупные эпидемии и пандемии», а также связанной с категорией 5 цели воздействия – «Предотвращение смерти, заболевания и инвалидности вследствие чрезвычайных ситуаций».

В целях решения этой непреходящей проблемы ВОЗ принял две основные стратегии – привлечение и мобилизацию международных сообществ для обеспечения средств и поддержки, а также введение новых инструментов профилактики и контроля, – не отказываясь в то же время от осуществления всеобъемлющих многосекторальных мер вмешательства и стратегий контроля.

В 2014 г. успешно возобновила свою деятельность Глобальная целевая группа по борьбе с холерой, в которую входят более 30 партнеров, в том числе учреждения Организации Объединенных Наций, неправительственные организации, а также учебные и научно-исследовательские учреждения. Осуществляется эффективная координация сети, и глобальное партнерство усилено благодаря проведению второго совещания в 2015 г., а также созданию шести рабочих групп по интеграции всех направлений деятельности в области профилактики холеры и борьбы с ней, таких как эпидемиологический и лабораторный надзор, уход за пациентами, вакцинация, подготовка кадров, социальная мобилизация, информационно-просветительская работа, а также мероприятий в области водоснабжения, санитарии и гигиены.

Благодаря созданию и функционированию резервного запаса оральной вакцины против холеры проводятся необходимые для спасения жизней мероприятия, включающие оказание странам поддержки и работу непосредственно в странах. Проводятся кампании по вакцинации и адресные профилактические мероприятия в целях облегчения бремени холеры для групп населения, проживающих в районах с высокой степенью риска, а также в ходе гуманитарных кризисов и эпидемий холеры. С момента создания резервного запаса оральной вакцины против холеры в июле 2013 г. этот запас был успешно использован в рамках 21 массовой кампании и только в 2014–2015 гг. обеспечил охват почти 3,5 миллиона людей в 11 странах (Гаити, Гвинея, Ирак, Камерун, Малави, Мозамбик, Непал, Объединенная Республика Танзания, Судан, Эфиопия и Южный Судан).

Программная область 5.2 «Болезни, способные вызвать эпидемии и пандемии» является сферой неизменного проявления решимости и новаторства в области профилактики, эпидемиологии, вакцинологии и диагностики холеры, а также расширения доступа к вакцинам и активизации координации усилий по борьбе с холерой посредством деятельности Глобальной целевой группы по

борьбе с холерой, и все это является составляющими успеха на пути прогресса как в условиях эндемических ситуаций, так и во время эпидемий.

Вышеперечисленное является примером работы, которая была проделана в рамках программной области «Болезни, способные вызвать эпидемии и пандемии». В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету.

		(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (!) Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо						
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
5.2.1.	Страны располагают возможностями для разработки и реализации оперативных планов в соответствии с рекомендациями ВОЗ по повышению национальной устойчивости и готовности к реагированию на пандемии гриппа, эпидемии и новые заболевания	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓
5.2.2.	Предоставление рекомендаций экспертов и системной поддержки в области борьбы с болезнями, их профилактики, лечения, эпиднадзора, оценки рисков и оповещения о потенциальных опасностях	✓	!	✓	!	✓	✓	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	4 800	3 800	3 800	1 400	3 500	8 000	43 200	68 500
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	3 057	2 644	1 144	1 075	3 854	1 657	13 267	26 698
Добровольные взносы, обусловленные	5 310	757	3 886	4 307	5 140	7 777	26 324	53 501
Всего	8 367	3 401	5 030	5 382	8 994	9 434	39 591	80 199
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	174%	90%	132%	384%	257%	118%	92%	117%
Расходы на персонал								
	5 697	1 925	1 474	2 440	3 182	4 161	26 157	45 036
Расходы на осуществление деятельности								
	4 759	1 176	3 040	2 673	4 773	4 618	10 540	31 579
Совокупные расходы	10 456	3 101	4 514	5 113	7 955	8 779	36 697	76 615
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	218%	82%	119%	365%	227%	110%	85%	112%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	125%	91%	90%	95%	88%	93%	93%	96%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	13%	4%	3%	5%	7%	9%	58%	100%

5.3 УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ И КРИЗИСАМИ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 5.3. СТРАНЫ СПОСОБНЫ УПРАВЛЯТЬ РИСКАМИ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СВЯЗАННЫМИ С ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМИ СИТУАЦИЯМИ

Инициатива по безопасным больницам

Медицинские учреждения, особенно больницы, являются крайне важными объектами для местных сообществ как в обычных условиях, так и в особенности в условиях принятия ответных мер на чрезвычайные ситуации, стихийные бедствия и другие кризисы. Тем не менее больницы и работники здравоохранения зачастую в первую очередь страдают в условиях чрезвычайных ситуаций, что делает невозможным предоставление медицинских услуг затронутым сообществам тогда, когда они особенно нужны.

В качестве средства обеспечения доступности наиболее важных медицинских услуг, когда потребность в них наибольшая, ВОЗ совместно с партнерами на глобальном, национальном и местном уровнях реализовала Инициативу по безопасным больницам. Смысл этой инициативы состоит в том, чтобы "защитить жизнь и здоровье людей во время чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий".

В сотрудничестве с другими партнерами ВОЗ разработала и опубликовала документ о Всестороннем механизме по безопасности больниц в целях обеспечения структурированного подхода в отношении мер, принимаемых для укрепления безопасности и повышения готовности больниц и медицинских учреждений ко всем видам опасных факторов. На основе разработанного ВОЗ/ПАОЗ Индекса безопасности больниц, – был разработан и внедрен глобальный инструмент – Индекс безопасности больниц, позволяющий странам проводить оценку своих больниц в плане их устойчивости к различным видам опасных факторов.

Индекс безопасности больниц использовался уже более чем в 77 странах для оценки более чем 3500 больниц. В последние два года Индекс безопасности больниц стал применяться еще в ряде стран, в том числе в Исламской Республике Иран, Японии и на Соломоновых Островах. Сфера деятельности по обеспечению безопасных больниц была расширена в целях согласования с соответствующими программами, в частности касающимися изменения климата и гигиены окружающей среды. В странах Карибского бассейна эта работа воплотилась в концепцию "умной" больницы, совмещающей аспекты безопасности и экологические факторы. Сфера применения этой концепции распространяется на островные государства в Западной части Тихого океана и некоторые страны региона Юго-Восточной Азии. В рамках этой инициативы во многих странах осуществляется модернизация существующих больниц, а при строительстве новых больниц обеспечивается соответствие признанным стандартам. Принимаются меры по обеспечению функциональности медицинских учреждений посредством организации курсов профессиональной подготовки, формирования запасов важнейших предметов снабжения, налаживания связей с национальными и международными механизмами координации для реагирования на бедствия, а также других усилий. Международная кампания по безопасным больницам привлекла к себе значительное внимание стран, в результате чего был принят ряд региональных и глобальных резолюций.

Для того чтобы сделать больницы безопасными и жизнеспособными, необходимы усилия как традиционных, так и нетрадиционных партнеров в области здравоохранения, в том числе архитекторов, инженеров-строителей, электриков и каменщиков, а также работников здравоохранения, государственных должностных лиц и других представителей власти. Кроме того, крайне важным аспектом Инициативы по безопасным больницам также является координация с прибывающими медицинскими бригадами.

Воздействие Инициативы по безопасным больницам было установлено в различных опасных ситуациях.

- Землетрясение 2001 г. в штате Гуджарат: после землетрясения в штате Гуджарат в Индии при технической поддержке со стороны ВОЗ все больницы были перестроены и была обеспечена их устойчивость к землетрясениям.

- Землетрясение 2010 г. в Чили: в марте 2010 г. в Чили произошло землетрясение магнитудой 9,0 по шкале Рихтера. В Чили были инвестированы значительные средства в обеспечение безопасности медицинских учреждений в условиях землетрясений. В результате ни одна больница не перестала функционировать в период после землетрясения, сохранив свою способность оказывать жизненно важные медицинские услуги затронутому населению.
- Землетрясение 2015 г. в Непале: в целях обеспечения готовности к крупномасштабным землетрясениям, при технической и финансовой поддержке ВОЗ и партнеров из кластера здравоохранения были модернизированы крупные больницы в долине Катманду. Все они устояли и сохранили свою способность оказывать жизненно важную медицинскую помощь в период после землетрясения 2015 года.

Эти примеры показывают, как благодаря надлежащему объему инвестиций со стороны всех партнеров, в том числе ВОЗ, национальных и местных органов власти, международных и национальных партнеров в области здравоохранения, а также других сетей, была создана программа, способствующая достижению связанной с категорией 5 цели воздействия, которая заключается в "предотвращении смерти, заболеваний и инвалидности вследствие чрезвычайных ситуаций", путем обеспечения доступности имеющей жизненно важное значение медицинской помощи в те моменты, когда она особенно необходима

Все вышеуказанное является примером работы, проделанной в программной области "Управление рисками в чрезвычайных ситуациях и кризисами". В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в данной программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (!) Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо							
Промежуточный результат	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
5.3.1. Реформирование Глобального и страновых кластеров здравоохранения в соответствии с программой преобразований Межучрежденческого постоянного комитета Организации Объединенных Наций	!	✓	✓	✓	✓	✓	!
5.3.2. Определение вопросов здоровья в качестве центрального компонента глобальных многосекторальных механизмов по управлению рисками в кризисных и чрезвычайных ситуациях; укрепление национального потенциала по управлению рисками и всеми видами опасности в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий	!	✓	✓	✓	✓	✓	!
5.3.3. Успешное обеспечение институциональной готовности к полноценной реализации разработанного ВОЗ Механизма реагирования на чрезвычайные ситуации	!	✓	✓	✓	!	✓	!
5.3.4. Разработка стратегии и плана сектора здравоохранения, их реализация и представление доклада во всех целевых странах с длительной чрезвычайной ситуацией силами внутрискановой сети квалифицированных и обученных сотрудников ВОЗ по чрезвычайным ситуациям	!	✓	✓	✓	✓	✓	!

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	37 700	3 200	6 000	3 400	7 300	4 000	26 400	88 000
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	13 563	2 038	2 928	2 051	3 354	1 431	9 855	35 220
Добровольные взносы, обусловленные	18 373	2 746	2 874	825	12 225	1 101	16 431	54 584
Всего	31 936	4 784	5 802	2 876	15 579	2 532	26 286	89 804
Имеющиеся средства, в % от бюджета	85%	150%	97%	85%	213%	63%	100%	102%
Расходы								
Расходы на персонал	13 709	1 902	3 279	1 864	11 114	1 057	22 673	55 598
Расходы на осуществление деятельности	14 706	2 962	2 335	975	5 699	1 366	3 569	31 612
Совокупные расходы	28 415	4 864	5 614	2 839	16 813	2 423	26 242	87 210
Расходы, в % от утвержденного бюджета	75%	152%	94%	84%	230%	61%	99%	99%
Расходы, в % от имеющихся средств	89%	102%	97%	99%	108%	96%	100%	97%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро	25%	3%	6%	3%	20%	2%	41%	100%

5.4 БЕЗОПАСНОСТЬ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 5.4. ВСЕ СТРАНЫ ОБЛАДАЮТ НАДЛЕЖАЩЕЙ ГОТОВНОСТЬЮ ПРЕДОТВРАТИТЬ И ОСЛАБИТЬ РИСКИ

Пять ключевых принципов повышения безопасности пищевых продуктов – простые сообщения

Болезни, которыми люди заболевают вследствие употребления загрязненных пищевых продуктов, во всем мире являются серьезными причинами недомоганий, инвалидности и смерти, как показывают результаты впервые проведенной ВОЗ оценки глобального бремени болезней пищевого происхождения, опубликованные в декабре 2015 года. Эта проблема затрагивает людей во всех частях мира, а в наибольшей степени от этого страдают дети в возрасте до пяти лет, а также люди, проживающие в областях с низким уровнем доходов. Болезни пищевого происхождения – особенно вызываемые бактериями, вирусами, паразитами и грибами – предотвратимы, и важнейшей профилактической мерой является просвещение по вопросам приготовления и хранения пищевых продуктов с соблюдением правил безопасности.

Пять ключевых принципов повышения безопасности пищевых продуктов впервые были разработаны в 2001 г., когда ВОЗ выявила необходимость распространения в глобальных масштабах простых медико-санитарных сообщений для просвещения всех категорий людей, обращающихся с пищевыми продуктами, включая потребителей. Пять ключевых принципов были незамедлительно приняты странами, и за последние 15 лет эти принципы стали привычным международным стандартом. Плакат, посвященный Пяти ключевым принципам повышения безопасности пищевых продуктов, в настоящее время доступен на 90 языках.

В 2015 г. ВОЗ посвятила проблеме безопасности пищевых продуктов свое главное мероприятие – Всемирный день здоровья. В рамках кампании под девизом "Насколько безопасна ваша еда? От фермы до тарелки – сделать продукты питания безопасными" ВОЗ призвала правительства, общественность и участников деятельности по охране здоровья людей и животных, представителей сельского хозяйства, торговли, охраны окружающей среды и образования объединить усилия в целях предотвращения заболеваний пищевого происхождения и борьбы с ними. В дополнение к глобальному стартовому мероприятию, состоявшемуся на крупнейшем в мире рынке свежих продуктов питания неподалеку от Парижа, Франция, все шесть региональных бюро ВОЗ, а также многие страновые бюро провели для региональных и национальных партнеров специализированные мероприятия, посвященные вопросам безопасности пищевых продуктов. Все три уровня Организации вели совместную работу с внешними партнерами, в том числе с ФАО и ВОЗЖ, в целях распространения Пяти ключевых принципов повышения безопасности пищевых продуктов ВОЗ среди как можно большего числа людей по всему земному шару.

В дополнение к имеющимся материалам по Пяти ключевым принципам в 2015 г. ВОЗ выпустила образовательный мультипликационный фильм, имеющий целью в броской и юмористической форме разъяснить Пять ключевых принципов для зрителей в возрасте от девяти до 99 лет. Этот фильм был позитивно воспринят в странах и быстро стал видеороликом, набравшим наибольшее количество просмотров на канале ВОЗ в сети YouTube. В течение нескольких месяцев он был переведен более чем на десяток языков. Были также разработаны другие новые материалы, такие как футболки, закладки и магниты с сообщениями о Пяти ключевых принципах, а также отдельные видеоряды из видеороликов, которые были также разработаны и приняты регионами и странами. Успех Пяти ключевых принципов и Всемирного дня здоровья 2015 г. в значительной степени обусловлен готовностью государств-членов включить вопросы безопасности пищевых продуктов в повестку дня общественного здравоохранения. Большое количество проводимых в странах мероприятий – от телевизионных роликов до кулинарных шоу – свидетельствует о воздействии и полезности простого, глобального медико-санитарного сообщения, которое легко воспринять и приспособить к местным условиям.

Другим путем распространения ВОЗ Пяти ключевых принципов в 2015 г. стало участие в выставке ЭКСПО в Милане, Италия, посвященной теме пищевых продуктов. В сотрудничестве с павильоном Швейцарии ВОЗ проводила семинары, участники которых могли научиться сами делать шоколад, при этом изучая и отрабатывая на практике Пять ключевых принципов.

За последние 15 лет благодаря кампаниям по профессиональной подготовке и пропаганде здорового образа жизни лица, обращающиеся с пищевыми продуктами, и потребители во всем мире научились тому, как сохранить свое здоровье, а также здоровье своих семей и общин. К числу таких людей относятся, например, женщины, живущие в сельских районах, которые в ином случае, возможно, не имели бы доступа к просвещению по вопросам безопасности пищевых продуктов, несмотря на ту важную роль, которую они играют в производстве безопасных пищевых продуктов. Страны теперь имеют доступ к ряду инструментов, практическому опыту и проверенным решениям, для того чтобы самым рентабельным образом включить просвещение по вопросам безопасности пищевых продуктов в свои программы для уменьшения глобального бремени болезней пищевого происхождения.

Пять ключевых принципов повышения безопасности пищевых продуктов уже внесли вклад в профилактику заболеваний пищевого происхождения и заслуживают более широкого распространения. Повышение безопасности пищевых продуктов способствует улучшению здоровья населения и достижению Целей в области устойчивого развития, касающихся сокращения детской смертности и ликвидации нищеты, улучшения питания и повышения продовольственной безопасности, а также расширения прав и возможностей женщин. Крайне важное значение для успеха в указанных областях и в устойчивом развитии имеет непрерывное участие партнеров в осуществлении Пяти ключевых принципов.

Все вышеуказанное является примером работы, проделанной в программной области «Безопасность пищевых продуктов» и свидетельствует о значимости одной из основных функций ВОЗ, а именно функции обеспечения непрерывного долгосрочного лидерства в вопросах, имеющих решающее значение для здравоохранения. В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в данной программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (!) Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
5.4.1.	Оказание содействия Комиссии "Кодекс Алиментариус" в разработке, а странам – во внедрении стандартов, руководств и рекомендаций по безопасности пищевых продуктов	✓	!	!	✓	✓	✓	!
5.4.2.	Многосекторальное сотрудничество по снижению пищевых рисков для общественного здравоохранения, включая риски зоонозного происхождения	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓
5.4.3.	Надлежащий национальный потенциал по созданию и обеспечению функционирования механизмов регулирования на основе оценки рисков для профилактики, мониторинга, оценки и лечения болезней пищевого и зоонозного происхождения и контроля над опасными факторами в этой области	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	4 600	2 900	800	1 400	1 400	2 300	19 100	32 500
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	1 416	687	247	716	1 633	1 194	7 516	13 409
Добровольные взносы, обусловленные	145	425	0	227	0	214	8 485	9 498
Всего	1 561	1 112	247	943	1 633	1 408	16 001	22 907
Имеющиеся средства, в % от бюджета	34%	38%	31%	67%	117%	61%	84%	70%
Расходы на персонал	85	130	96	528	1 131	365	8 885	11 220
Расходы на осуществление деятельности	525	778	469	403	881	1 054	6 377	10 487
Совокупные расходы	610	908	565	931	2 012	1 419	15 262	21 707
Расходы, в % от утвержденного бюджета	13%	31%	71%	67%	144%	62%	80%	67%
Расходы, в % от имеющихся средств	39%	82%	229%	99%	123%	101%	95%	95%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро	1%	1%	1%	5%	10%	3%	79%	100%

5.5 ЛИКВИДАЦИЯ ПОЛИОМИЕЛИТА

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 5.5. ОТСУТСТВИЕ ВО ВСЕМ МИРЕ СЛУЧАЕВ ПАРАЛИЧА, ВЫЗВАННЫХ ДИКИМ ПОЛИОВИРУСОМ ИЛИ ВАКЦИННЫМ ПОЛИОВИРУСОМ ТИПА 2

Полиомиелит – завершающий этап

Стратегический план ликвидации полиомиелита и осуществления завершающего этапа был разработан в качестве ответной меры на сделанное Ассамблеей здравоохранения в мае 2012 г. заявление о том, что завершающий этап ликвидации полиовируса был "программной чрезвычайной ситуацией для глобального общественного здравоохранения". На сегодняшний день из трех штаммов дикого полиовируса – типов 1, 2 и 3 – продолжает встречаться лишь дикий полиовирус типа 1, который является эндемическим заболеванием лишь в двух странах.

Столь впечатляющий прогресс на пути к полной ликвидации полиомиелита в значительной степени можно отнести на счет оральной вакцины против полиомиелита – наиболее эффективной вакцины, имеющейся в настоящее время в нашем арсенале против дикого полиовируса. Однако, поскольку оральная вакцина против полиомиелита изготавливается на основе живого аттенуированного (ослабленного) полиовируса, в очень редких случаях (приблизительно у одного из каждых 2,7 миллиона вакцинированных лиц) она может привести к вакциноассоциированному паралитическому полиомиелиту. Кроме того, при определенных условиях штамм полиовируса, содержащийся в оральной вакцине против полиомиелита, может видоизмениться и вернуться к форме, способной вызвать у человека паралич (полиовирус вакцинного происхождения), и в таких случаях он может развить способность к устойчивой циркуляции в обществе. Такой вирус известен под названием циркулирующий полиовирус вакцинного происхождения. В период с 2000 по 2016 год с оральной вакциной против полиомиелита типа 2 были связаны 86% случаев циркулирующего полиовируса вакцинного происхождения и более 40 случаев заболевания вакциноассоциированным паралитическим полиомиелитом. И хотя оральная вакцина против полиомиелита по-прежнему является крайне важным инструментом в борьбе за ликвидацию полиомиелита, становится все более очевидной необходимость изъятия из состава вакцины компонента типа 2.

В сентябре 2015 г. Глобальная комиссия по сертификации сделала вывод, что дикий вирус полиомиелита типа 2 ликвидирован, что создало условия для окончательного изъятия из состава оральной вакцины против полиомиелита компонента типа 2. Все 155 стран и территорий, продолжающих использовать оральную вакцину против полиомиелита, содержащую полиовирус типа 2, обязались синхронно в глобальном масштабе прекратить ее использование в апреле 2016 г. В порядке подготовки к глобальному отказу от использования оральной вакцины против полиомиелита типа 2 126 странам из числа стран, в которых оральная вакцина против полиомиелита используется в национальных программах иммунизации в качестве единственной вакцины против полиомиелита, оказывается поддержка в целях содействия введению одной дозы инактивированной вакцины против полиомиелита в программы плановой иммунизации.

Отказ от оральной вакцины против полиомиелита типа 2 и введение инактивированной вакцины против полиомиелита будет иметь значительные последствия в области здравоохранения в виде сокращения количества случаев вакциноассоциированного паралитического полиомиелита и циркулирующего полиовируса вакцинного происхождения типа 2, что, таким образом, приведет к снижению заболеваемости и смертности.

Кроме того, путем введения инактивированной вакцины против полиомиелита в программы плановой иммунизации и в рамках подготовки к глобальному отказу от оральной вакцины против полиомиелита типа 2 страны имеют возможность усовершенствовать свои более широкие программы иммунизации по всей стране. Такие мероприятия, как курсы переподготовки, увеличение количества инспекционных посещений, новые карты иммунизации и совершенствование холодовой цепи, – все это проводится за счет средств, выделяемых для поддержки введения инактивированной вакцины против полиомиелита и отказа от оральной вакцины против полиомиелита типа 2.

По состоянию на конец 2015 г. все 126 стран, в которых используется оральная вакцина против полиомиелита, только взяли на себя обязательство ввести инактивированную вакцину против

полиомиелита, в то время как 80 стран – в том числе все страны с высоким уровнем риска – уже сделали это. Задержки с отказом остальных стран обусловлены глобальными ограничениями в области предложения инактивированной вакцины против полиомиелита. Из 155 государств-членов, которые должны отказаться от оральной вакцины против полиомиелита типа 2, 140 разработали планы отказа от использования оральной вакцины против полиомиелита типа 2, в которых излагаются шаги, необходимые для перехода от трехвалентной к двухвалентной оральной вакцине против полиомиелита в программах плановой иммунизации и уничтожения любых оставшихся запасов трехвалентной оральной полиомиелитной вакцины (то есть содержащих оральную вакцину против полиомиелита типа 2).

Кроме того, сотрудники, получающие финансирование по линии борьбы с полиомиелитом, вносят вклад в укрепление систем здравоохранения в широком круге стран. Проведенные в 2014 и 2015 гг. исследования показали, что в 10 странах Азии и Африки, в которых работают большие группы сотрудников, получающих финансирование по линии борьбы с полиомиелитом, эти сотрудники тратят в среднем 46% своего времени на оказание поддержки в проведении рутинных мероприятий по иммунизации (то есть на внедрение новых вакцин, проведение дней здоровья ребенка, кампании по борьбе с корью и т. д.) и еще 8% своего времени – на оказание поддержки системе здравоохранения в более широком плане (то есть на другие гуманитарные ответные меры, инициативы в области охраны материнского здоровья и т. д.).

О воздействии этих усилий можно судить, анализируя ответные меры Нигерии на вспышку лихорадки Эбола в 2014 г. Нигерийский Центр чрезвычайных операций, функционирующий при участии ряда партнеров и созданный в целях координации деятельности по ликвидации полиомиелита, смог быстро переориентироваться и осуществлять координацию ответных мер на Эболу. Сотрудники на местах, получающие финансирование по линии борьбы с полиомиелитом, сыграли решающую роль в расследовании случаев и в деятельности по эпиднадзору – в областях, в которых они были подготовлены для выполнения своих функций по ликвидации полиомиелита. Наличие квалифицированного персонала и существующая инфраструктура на местах, как широко признается, сыграли решающую роль в прекращении распространения вируса Эбола и сведении к минимуму человеческих жертв в Нигерии.

Все вышеуказанное является примером работы, проделанной в программной области, касающейся ликвидации полиомиелита, и демонстрирует, как в период острого кризиса персонал, надлежащим образом подготовленный по базовым дисциплинам в области общественного здравоохранения, таким как эпиднадзор, может быть быстро переключен с одной болезни на другую.

В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в данной программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (!) Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
5.5.1.	Оказание прямой помощи в повышении иммунитета населения к вирусу полиомиелита до требуемых пороговых уровней в инфицированных районах и районах с высокой степенью риска	✓	✓	✓	!	✓	✓	✓
5.5.2.	Достижение международного консенсуса о прекращении использования оральной полиомиелитной вакцины типа 2 и ее изъятии из регулярной программы иммунизации во всем мире	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5.5.3.	Разработка процессов долгосрочного управления риском полиомиелита, включая сдерживание распространения всех остаточных полиовирусов, и сертификация полной ликвидации полиомиелита во всем мире	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5.5.4.	Разработка плана по использованию наследия программы борьбы против полиомиелита	!	✓	✓	✓	✓	✓	!

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	408 200	3 500	69 600	4 000	140 100	1 900	73 100	700 400
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	7 547	0	263	31	18	32	10	7 901
Добровольные взносы, обусловленные	659 723	1 282	76 587	5 447	257 643	7 741	120 812	1 154 760
Всего	667 270	1 282	76 850	5 478	257 661	7 773	120 822	1 162 661
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	163%	37%	110%	137%	184%	409%	165%	166%
Расходы на персонал								
	134 433	171	4 443	1 636	24 874	1 020	30 703	197 280
Расходы на осуществление деятельности								
	476 912	802	62 487	2 921	206 179	5 729	67 728	822 758
Совокупные расходы	611 345	973	66 930	4 557	231 053	6 749	98 431	1 020 038
Расходы, в % от имеющихся средств								
	92%	76%	87%	83%	90%	87%	81%	88%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	68%	0%	2%	1%	13%	1%	16%	100%

5.6 РЕАГИРОВАНИЕ НА ВСПЫШКИ И КРИЗИСЫ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 5.6. ВСЕ СТРАНЫ РЕАГИРУЮТ НАДЛЕЖАЩИМ ОБРАЗОМ НА УГРОЗЫ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ДЛЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2014–2015 гг. отмечены беспрецедентным количеством кризисов в области здравоохранения

В 2014–2015 гг. ВОЗ столкнулась с беспрецедентным количеством кризисов в области здравоохранения, что потребовало от ВОЗ ответных мер на многочисленные совпавшие по времени крупномасштабные вспышки заболеваний и чрезвычайные ситуации. К их числу относятся такие инфекционные заболевания, как Ближневосточный респираторный синдром, вызванный коронавирусом, вирусы птичьего гриппа А(Н5N1) и А(Н7N9), холера, желтая лихорадка и вспышка болезни, вызванной вирусом Эбола, в Западной Африке; стихийные бедствия, такие как тайфун "Хайян" на Филиппинах и землетрясение в Непале; а также затяжные конфликтные ситуации в Йемене, Ираке, Сирийской Арабской Республике, Центральноафриканской Республике и Южном Судане.

Вспышка вируса Эбола в Западной Африке (о первых случаях сообщалось в марте 2014 г.) была самой крупной и самой сложной вспышкой лихорадки Эбола с тех пор, как этот вирус был впервые обнаружен в 1976 г. Во время этой вспышки количество случаев заболевания и смерти было больше, чем в ходе всех остальных вспышек этого заболевания, вместе взятых. Болезнь распространялась по странам, стартовав в Гвинее и переместившись через сухопутные границы в Сьерра-Леоне и Либерию, а затем по воздуху (один путешественник) в Нигерию и Соединенные Штаты (один путешественник) и по суше в Сенегал (один путешественник) и Мали (два путешественника).

Наиболее значительно затронутые страны – Гвинея, Либерия и Сьерра-Леоне – имеют очень слабые системы здравоохранения, испытывают дефицит людских и инфраструктурных ресурсов и только недавно вышли из длительных периодов конфликтов и нестабильности. Вспышка была настолько серьезной, что Генеральный директор ВОЗ объявила вспышку в Западной Африке чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.). В глобальном масштабе было зафиксировано 28 639 случаев инфицирования вирусом Эбола и 11 316 смертей (по состоянию на 13 марта 2016 г.).

Вспышка лихорадки Эбола в Западной Африке была лишь одной из нескольких эпидемий, случившихся в последнее время; к числу других относятся четыре крупные вспышки Ближневосточного респираторного синдрома в Саудовской Аравии и Республике Корея, пандемии гриппа H1N1 и H5N1 и тяжелый острый респираторный синдром. Все это служит прямым напоминанием об угрозе человечеству, исходящей от вновь возникающих инфекционных заболеваний, особенно в уязвимых условиях с ограниченными ресурсами.

Глобальное воздействие вспышки Эболы было таково, что Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций назначил Группу высокого уровня по глобальному реагированию на кризисы в области здравоохранения под председательством Джакайя Мришо Киквете, бывшего президента Объединенной Республики Танзании, для выработки рекомендаций по укреплению национальных и международных систем в целях предотвращения и принятия эффективных ответных мер на будущие кризисы в области здравоохранения, учитывая уроки, извлеченные из опыта реагирования на лихорадку Эбола.

Кроме того, в связи с огромной потребностью в ответных мерах ВОЗ на все эти кризисы в 2015 г. была проведена специальная сессия Ассамблеи здравоохранения, после которой Генеральный директор объявила о создании Консультативной группы в целях предоставления ей руководящих указаний по вопросу о реформировании работы ВОЗ в чрезвычайных ситуациях. Цель процесса реформирования заключалась в укреплении и консолидации потенциала Организации в области реагирования и подготовки к всевозможным кризисам, которые оказывают воздействие на здоровье людей и создают препятствия для предоставления медицинских услуг.

В течение 2015 г. по рекомендации Консультативной группы Генерального директора формировался новый Кластер по вспышкам и чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения, в сферу компетенции которого входит планирование, разработка и реализация новой программы ВОЗ по чрезвычайным ситуациям на основе согласованных рекомендаций консультативных групп. Ключевым элементом реформы в отношении новой Программы ВОЗ по вспышкам и чрезвычайным ситуациям будет уделяться первоочередное внимание, в том числе управлению инфекционными опасностями; обеспечению готовности государства-члена; оценке риска и управлению информацией; оперативному партнерству и готовности; и чрезвычайным операциям.

Адекватная, устойчивая политическая и финансовая поддержка новой Программы ВОЗ по вспышкам и чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения в настоящее время имеет решающее значение для выполнения ВОЗ своих основных функций, включая: быструю оценку рисков для здоровья в целях информирования государств-членов и общественность; обеспечение технического руководства и предоставление консультаций по всем вопросам, касающимся здравоохранения; поддержание присутствия на местах для оказания государствам-членам поддержки в обеспечении готовности ко всем чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения и принятии соответствующих ответных мер.

Фонд непредвиденных расходов ВОЗ для чрезвычайных ситуаций призван обеспечивать ВОЗ возможность оценивать риски и быстро расширять масштабы своих первоначальных мер реагирования на вспышки и чрезвычайные ситуации в критический, ограниченный по времени период, до того как будут разработаны стратегические планы и для них будет обеспечено финансирование, и в отсутствие какого-либо другого потока денежных средств. Кроме того, ВОЗ сотрудничает с Всемирным банком в отношении Чрезвычайного механизма на случай пандемии, имеющего целью обеспечивать финансирование государствам-членам и партнерам в ответ на объявление чрезвычайной ситуации в области здравоохранения.

Все вышеуказанное является примером работы, проделанной в программной области "Реагирование на вспышки и кризисы". В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в данной программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (!) Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
5.6.1.	Внедрение разработанного ВОЗ Механизма реагирования на чрезвычайные ситуации в случае острых чрезвычайных ситуаций с последствиями для общественного здравоохранения	!	✓	✓	✓	✓	✓	!

Бюджет и расходы в разбивке по основным бюро, 2014–2015 гг. (в тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	39 300	7 600	5 200	5 000	151 200	5 000	14 200	227 500
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	1 610	16	2 217	0	3 812	138	21 424	29 217
Добровольные взносы, обусловленные	267 160	6 838	16 032	15 430	266 386	20 126	152 383	751 653
Всего	268 770	6 854	18 249	15 430	270 198	20 264	173 807	780 870
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	684%	90%	351%	309%	179%	405%	1224%	343%
Расходы на персонал								
Расходы на осуществление деятельности	5 763	611	605	2 128	18 319	1 804	28 602	57 832
Совокупные расходы	228 520	6 562	15 785	12 728	241 973	20 030	150 527	676 125
Расходы, в % от имеющихся средств								
	85%	96%	86%	82%	90%	99%	87%	87%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	10%	1%	1%	4%	32%	3%	49%	100%

Категория 6

КОРПОРАТИВНЫЕ УСЛУГИ/ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ



Корпоративные услуги и вспомогательные функции обеспечивают лидерство Организации и объединение ресурсов, которые необходимы для поддержания целостности и эффективного функционирования ВОЗ.

Отмечен прогресс в достижении трех главных целей начавшейся в 2011 г. реформы ВОЗ, которые включают: (i) усиление взаимодействия в сфере глобального здравоохранения; (ii) улучшение результатов мер по охране здоровья; и (iii) стремление Организации к высочайшим стандартам. В течение 2014–2015 гг. большинство предусмотренных результатов реформы ВОЗ были достигнуты, и с внедрением более надежного механизма мониторинга стало возможным оценивать воздействие реформы в динамике по времени с помощью показателей производительности.

Целью рассматриваемого двухгодичного периода было сконцентрировать внимание на вопросах организационной эффективности, с особым акцентом на управленческую подотчетность, прозрачность и управление рисками.

Следует особо отметить такое достижение, как введение функции независимой оценки с представлением отчетов Генеральному директору. Проводится тщательный анализ системы внутреннего правосудия, и принят план выполнения рекомендаций.

В течение двухгодичного периода проводилась масштабная работа в области людских ресурсов в соответствии с тремя принципами кадровой стратегии, что в результате обеспечило, помимо прочих достижений, введение механизма географической мобильности.

С созданием подразделения по соблюдению требований, управлению рисками и этике в течение двухгодичного периода удалось осуществить несколько инициатив, направленных на укрепление подотчетности, к числу которых относятся политика в отношении информаторов и стратегия и механизм ВОЗ в области управления рисками.

Процесс планирования в отношении Программного бюджета на 2016–2017 гг. был пересмотрен с целью укрепления цикла планирования и финансирования Организации, с тем чтобы повысить эффективность и экономическую обоснованность достижения результатов и проиллюстрировать их значение для улучшения здоровья людей.

Удалось добиться многого, но в последнем году рассматриваемого двухгодичного периода на деятельность в этой области оказала влияние вспышка эпидемии вируса Эболы, в связи с которой появилась инициатива по реформированию работы ВОЗ во время вспышек заболеваний и при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения, что в результате в некоторых областях привело к задержкам. В частности, задержки наблюдались при осуществлении некоторых инициатив по проведению реформ, относящихся к управлению информацией, и проведению запланированного обзора в отношении партнерств, действующих на базе ВОЗ.

ОБЩИЕ ФИНАНСОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО КАТЕГОРИИ 6, 2014–2015 гг. (ТЫС. ДОЛЛ. США) (включая должностной сбор)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	154 000	48 400	57 200	63 100	80 600	51 300	368 400	823 000
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	131 516	34 172	49 437	49 062	60 994	44 565	263 993	633 739
Добровольные взносы, обусловленные	4 429	30	339	1 112	758	2 456	10 797	19 921
Должностной сбор	23 026	4 098	5 820	9 393	9 025	7 125	76 178	134 665
Всего	158 971	38 300	55 596	59 567	70 777	54 146	350 968	788 325
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	103%	79%	97%	94%	88%	106%	95%	96%
Расходы на персонал								
Расходы на осуществление деятельности	107 296	18 827	32 336	43 864	47 142	35 809	238 399	523 673
Совокупные расходы	149 576	38 756	53 786	58 637	68 532	53 144	338 734	761 165
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	97%	80%	94%	93%	85%	104%	92%	92%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	94%	101%	97%	98%	97%	98%	97%	97%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	20%	4%	6%	8%	9%	7%	46%	100%

6.1 ЛИДЕРСТВО И СТРАТЕГИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 6.1. ВОЗРОСШАЯ СОГЛАСОВАННОСТЬ В ГЛОБАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ ПРИ ЛИДИРУЮЩЕЙ РОЛИ ВОЗ В СОДЕЙСТВИИ ТОМУ, ЧТОБЫ МНОГИЕ РАЗЛИЧНЫЕ СУБЪЕКТЫ ИГРАЛИ АКТИВНУЮ И ЭФФЕКТИВНУЮ РОЛЬ, ВНОСЯ ВКЛАД В УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВСЕХ ЛЮДЕЙ

Усилия ВОЗ в области лидерства и стратегического руководства с целью выполнения предусмотренного ее Уставом мандата действовать в качестве руководящего и координирующего органа в решении международных проблем здравоохранения наиболее ярко отражены в деятельности, которая осуществлялась в 2014–2015 гг. в связи со следующим:

В ответ на вспышку заболевания, вызванного вирусом Эбола, в Западной Африке ВОЗ провела крупнейшую в своей истории чрезвычайную операцию. Более 1000 штатных сотрудников были направлены на более чем 60 участков в трех основных затронутых странах – Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне. Во все страны Западной Африки, в которых наблюдалась активная передача вируса Эбола, ВОЗ было направлено в общей сложности более 2200 технических экспертов, включая более 950 экспертов от партнеров по Глобальной сети предупреждений о вспышках болезней и ответных действий. Кроме того, ВОЗ разработала более 50 технических руководств, охватывающих широкий спектр тем в области общественного здравоохранения и клиники.

ВОЗ также содействовала проведению обзора и изучению многочисленных вакцин, лекарственных препаратов, методов лечения и средств диагностики для лечения болезни, вызванной вирусом Эбола, и ее выявления. Ускоренные процедуры обзора позволили быстро разработать несколько таких вакцин и средств диагностики.

Каждой из трех затронутых стран ВОЗ оказала содействие в разработке национальных планов по восстановлению и повышению устойчивости, которые предусматривают стратегии безопасного возобновления основного медико-санитарного обслуживания и более долгосрочных функций систем здравоохранения.

Недавние события показали, что ВОЗ нуждается в реформировании своего потенциала для реагирования на чрезвычайные ситуации в здравоохранении в рамках укрепления международной системы обеспечения глобальной безопасности в сфере здравоохранения и реагирования в случае бедствий. Инициативы по реформированию включают разработку новой Программы деятельности ВОЗ во время вспышек заболеваний и чрезвычайных ситуаций в сфере здравоохранения на основе организационной структуры всех трех уровней ВОЗ, которая имеет четкие полномочия по обеспечению оперативного и прозрачного принятия решений и соответствующих мер. Были также введены в действие упрощенные процедуры и инструменты управления, которые способствуют скорейшему принятию эффективных мер реагирования, включая людские ресурсы, планирование и составление бюджета, управление финансовыми ресурсами и материально-техническое обеспечение.

Существует также необходимость в оказании странам усиленной поддержки в создании приоритетных основных возможностей, предусмотренных Международными медико-санитарными правилами (2005 г.) в качестве неотъемлемой части устойчивой системы здравоохранения с целью оперативного выявления вспышек заболеваний и других опасностей и принятия действенных мер реагирования в их отношении, а также предоставления ориентированного на людей медицинского обслуживания на основе первичной медико-санитарной помощи.

Для обеспечения эффективности реформы необходимо располагать достаточным международным финансированием для борьбы с пандемиями и другими чрезвычайными ситуациями в сфере здравоохранения, которое поступает по ряду каналов, включая Фонд непредвиденных расходов для чрезвычайных ситуаций, являющийся частью международной системы финансирования. Аналогичным образом будет подготовлен план научных исследований и разработок для ускорения разработки важнейших медицинских технологий/товаров в контексте чрезвычайных ситуаций.

В 2014–2015 гг. была проведена большая работа в связи с участием в международных переговорах с целью обеспечения надлежащего отражения проблем здравоохранения при формулировании Целей

устойчивого развития. Отчасти благодаря усилиям ВОЗ Цели в области устойчивого развития включают многие целевые задачи в области здравоохранения, а позиционирование всеобщего охвата услугами здравоохранения в качестве центральной задачи по отношению ко всем другим задачам в области здравоохранения рассматривается сообществом здравоохранения как важное достижение.

Участвуя в процессе завершения работы над Целями в области устойчивого развития на период до 2030 г., ВОЗ также незамедлительно принимала меры по оказанию помощи странам в подготовке к осуществлению повестки дня, охватывающей Цели в области устойчивого развития, и обеспечении им соответствующей поддержки на основе текущей работы, включая: укрепление собственного потенциала ВОЗ на страновом уровне; оказание странам помощи в интеграции связанной со здоровьем цели и соответствующих целевых задач в национальные программы развития и в проведении мониторинга прогресса в достижении этих целей и выполнении целевых задач; и обеспечение взаимодействия с соответствующими партнерами в области здравоохранения и развития в объединении усилий для выполнения связанных со здоровьем целевых задач, которые предусмотрены в Целях в области устойчивого развития.

В 2014–2015 гг. основное внимание уделялось укреплению лидерства и потенциала присутствия ВОЗ в странах в целях оказания поддержки приоритетам государств-членов в области здравоохранения и развития.

В результате совместной работы трех уровней Организации было подготовлено пересмотренное руководство в отношении стратегий сотрудничества со странами с учетом приоритетов в области лидерства ВОЗ. Для представления пересмотренного руководства в отношении стратегий сотрудничества со странами в регионах были организованы ознакомительные практикумы. В результате разработанные или обновленные в 2015 г. стратегии сотрудничества со странами приобрели более целенаправленный характер и предусматривают более реалистичные стратегические планы, которые в большей степени согласуются с приоритетами стран в области здравоохранения.

Итоги восьмого Глобального совещания руководителей страновых бюро ВОЗ укрепили лидерскую и руководящую роль ВОЗ, в том числе управление и координацию работы на всех трех уровнях Организации.

В странах присутствия ВОЗ были предприняты согласованные усилия по обеспечению тесных партнерских отношений с соответствующими органами здравоохранения, прочими государственными секторами, учреждениями Организации Объединенных Наций и другими соответствующими партнерами в целях достижения приоритетных конечных результатов в области здравоохранения.

В 2014–2015 гг. в рамках ВОЗ продолжалась работа по совершенствованию внутренних процедур и механизмов руководства, а также по осуществлению внешнего взаимодействия с партнерами и соответствующими заинтересованными сторонами, которые оказывают влияние на состояние общественного здравоохранения.

Работа Ассамблеи здравоохранения, Исполнительного комитета и его комитетов, а также предусмотренных ими межправительственных процедур ведется и осуществляется на официальных языках, в том числе с помощью выпуска необходимой документации и обеспечения устного перевода. Был расширен доступ к онлайн-официальной документации, осуществлялась веб-трансляция заседаний Исполнительного комитета и Ассамблеи здравоохранения, и увеличилось число подготовительных брифингов в связи с миссиями, которые проводились в режиме удаленного доступа через онлайн-конференции (WebEx) для региональных и страновых бюро и столиц. В связи с увеличением числа пунктов в повестке дня руководящих органов и соответствующим увеличением объема составляемых документов были отмечены случаи задержки в выпуске некоторых документов руководящих органов.

Продолжаются переговоры государств-членов относительно основы взаимодействия с негосударственными участниками. Предполагается, что эта общая основа распространится на взаимодействие ВОЗ с негосударственными участниками и обеспечит обоснование, принципы и границы такого взаимодействия. Она будет иметь важные последствия для оперативных договоренностей и механизмов, используемых ВОЗ при взаимодействии с негосударственными участниками в целях улучшения результатов мер, принятых в сфере общественного здравоохранения.

Вышеперечисленное является иллюстрацией работы, проведенной в рамках программной области «Лидерство и стратегическое руководство». В Таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (!) Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
6.1.1.	Осуществляется эффективное лидерство и руководство со стороны ВОЗ	✓	!	✓	✓	!	✓	✓
6.1.2.	Осуществляется эффективное взаимодействие с другими заинтересованными сторонами в разработке общей повестки дня в области здравоохранения в соответствии с приоритетами государств-членов	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.1.3.	Стратегическое руководство ВОЗ усилено с помощью эффективного проведения заседаний руководящих органов и разработки продуктивных и согласованных повесток дня	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!
6.1.4.	Включение реформы ВОЗ в работу Организации	!	✓	✓	✓	✓	✓	!

Бюджет и расходы по основным бюро, 2014–2015 гг. (тыс. долл. США) (включая должностной сбор)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	47 500	17 700	14 300	25 300	22 800	17 100	83 000	227 700
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	40 051	4 315	13 297	24 856	16 300	15 547	73 339	187 705
Добровольные взносы, обусловленные	2 710	0	106	605	602	1 183	6 836	12 042
Должностной сбор	0	0	0	0	0	0	150	150
Всего	42 761	4 315	13 403	25 461	16 902	16 730	80 325	199 897
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	90%	24%	94%	101%	74%	98%	97%	88%
Расходы на персонал								
Расходы на осуществление деятельности	8 124	1 105	2 965	3 019	1 082	1 912	15 186	33 393
Совокупные расходы	42 119	4 393	13 364	25 372	16 481	16 217	79 298	197 244
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	89%	25%	93%	100%	72%	95%	96%	87%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	98%	102%	100%	100%	98%	97%	99%	99%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	21%	2%	6%	14%	9%	9%	39%	100%

6.2 ТРАНСПАРЕНТНОСТЬ, ПОДОТЧЕТНОСТЬ И УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 6.2. ВОЗ ДЕЙСТВУЕТ, ОБЕСПЕЧИВАЯ ПОДОТЧЕТНОСТЬ И ТРАНСПАРЕНТНОСТЬ, И ОБЛАДАЕТ ХОРОШО ФУНКЦИОНИРУЮЩИМИ МЕХАНИЗМАМИ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ И ИХ ОЦЕНКИ

Эффективная управленческая подотчетность, прозрачность и управление рисками являются одним из основных ожидаемых конечных результатов реформы ВОЗ, и в этом отношении наблюдается дальнейший прогресс. Однако, как было отмечено Независимым консультативным надзорным комитетом экспертов, работе Организации мешает терпимое отношение к несоблюдению требований. Это критическое замечание послужило толчком для дальнейшей активизации деятельности по укреплению подотчетности в течение рассматриваемого двухгодичного периода, как указано ниже.

В целях укрепления общей системы соблюдения требований ВОЗ ввела в регионах функции по соблюдению требований, в сферу действия которых входит отслеживание сделок и осуществление мониторинга и надзора в отношении региональных бюро и их страновых отделений. В течение 2015 г. в рамках механизма внутреннего контроля Организация внедрила инструменты управления внутренним контролем, включая проверочный список на основе самооценки и руководство для управляющих, которые помогают им оценить адекватность средств и методов контроля в их бюджетных центрах.

Организация провела первый тренинг по управлению рисками на всех уровнях Организации с использованием последовательной и согласованной методологии и создала сводный общеорганизационный реестр высшего уровня. Цель заключается в содействии принятию обоснованных решений и во внедрении управления рисками во все оперативные процессы Организации.

Значительный прогресс достигнут в разработке политики, процедур и средств для поддержки внедрения стратегии ВОЗ в области корпоративного управления рисками, которая дополняет восходящую фазу выявления рисков и определения их приоритетности нисходящей фазой утверждения и распространения. Стратегия корпоративного управления рисками способствует выявлению рисков, их распределению по категориям, оценке, определению их приоритетности, смягчению и мониторингу, а также помогает внедрять высочайшие организационные стандарты для обеспечения большей подотчетности и прозрачности. Эта стратегия обеспечивает высшему руководству необходимую информацию о рисках и предусматривает эффективную процедуру представления отчетности.

ВОЗ приняла меры по поощрению поддержания ключевых этических ценностей, что включает разработку и внедрение политики ВОЗ в отношении совершения служебных разоблачений и защиты от репрессий; параллельно осуществляется внедрение управляемой извне горячей линии для информаторов, с помощью которой можно будет проверить сообщения о нарушениях и/или о репрессиях.

В целях повышения эффективности и продуктивности деятельности страновых бюро ВОЗ разработала и внедрила методику проведения административных обзоров и обзоров в отношении управления программами. Уже проведены пять таких обзоров – в Эфиопии, Непале, Индонезии, Мьянме и Украине.

При проведении внешней проверки качества выполнения функции внутренней ревизии ВОЗ было оценено на высшем уровне "общего соответствия" признанным стандартам, установленным Институтом внутрифирменных бухгалтеров-ревизоров. Функции внутренней ревизии и расследований были дополнительно укреплены посредством заполнения шести вакантных должностей. Однако, вследствие значительного увеличения числа сообщений о предполагаемых нарушениях в течение того же периода, в конце 2015 г. накопилось немало нерасследованных сообщений. Следует также отметить, что, как указал Независимый консультативный надзорный комитет экспертов, постоянно повышается уровень выполнения рекомендаций, вынесенных по итогам открытых ревизий, особенно на уровне страновых бюро.

В соответствии с подходом, основанным на оценке риска, внутренние ревизии проводились в страновых и региональных бюро, а также в отношении глобальных многопрофильных областей, таких как система прямого финансового сотрудничества. В результате этой работы было признано, что доля заключений в отношении оперативной эффективности внутреннего контроля в страновых бюро с удовлетворительной

или частично удовлетворительной оценкой по итогам общей аудиторской проверки слегка увеличилась в течение двухгодичного периода – с 70% в 2014 г. до 75% в 2015 году. Однако заключения в отношении оперативной эффективности внутреннего контроля в региональных бюро и в отношении глобальных многопрофильных областей были не столь благоприятны: по итогам общей аудиторской проверки удовлетворительные или частично удовлетворительные оценки были даны только в случае 60% проведенных ревизий в 2014 г. и 50% – в 2015 году.

В целях ускорения прогресса в осуществлении политики проведения оценки в рамках всей Организации и оказания дополнительной поддержки продолжающемуся процессу реформы ВОЗ в августе 2014 г. было создано независимое подразделение по оценке. На основе опыта системы Организации Объединенных Наций в целом была разработана и внедрена рамочная основа усовершенствования оценки и организационного обучения в ВОЗ.

Во втором году двухгодичного периода были проведены две корпоративные оценки: обзор, проведенный Группой по промежуточной оценке Эболы, которая представила свой доклад государствам-членам в июле 2015 г., и оценка присутствия ВОЗ в странах, доклад о котором будет представлен в начале 2016 года.

Выводы промежуточной оценки Эболы послужили основой и способствовали работе последующих структур, таких как Группа высокого уровня Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по глобальному реагированию на кризисы в области здравоохранения, Комитет по обзору Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в связи с эпидемией Эболы и Консультативная группа Генерального директора по реформе работы ВОЗ в чрезвычайных ситуациях.

Всеобъемлющая оценка глобальной стратегии и плана действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности началась в 2015 г. и будет завершена в конце 2016 года.

Для проведения децентрализованных оценок были обеспечены техническое содействие и гарантии качества. ВОЗ также участвовала в проводимых Организацией Объединенных Наций совместных оценках, внесла свой вклад в пять обзоров, которые провела в 2015 г. Объединенная инспекционная группа Организации Объединенных Наций (предотвращение мошенничества, внутренние ревизии, службы омбудсменов, принятие рекомендаций, вынесенных Объединенной инспекционной группой, и планирование преемственности), а также содействовала проведению независимых внешних проверок ВОЗ по поручению Германии, Нидерландов и Соединенного Королевства в 2015 году.

Регулярная отчетность о выполнении рекомендаций, вынесенных по итогам оценки, и результаты мониторинга мер реагирования со стороны руководства, будут включены в ежегодный доклад об оценке, который будет представлен Исполнительному совету, а также размещены на веб-сайте, посвященном оценке.

В данной программной области основной проблемой до сих пор является привитие организационной культуры отчетности.

Вышеперечисленное является иллюстрацией работы, проведенной в рамках программной области 6.2 "Транспарентность, подотчетность и управление рисками". В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (⚠) Результат/вклад обеспечен частично (✗) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
6.2.1.	Подотчетность обеспечивается посредством укрепления управления корпоративными рисками и оценки на всех уровнях Организации	✓	⚠	✓	✓	✓	✓	✓
6.2.2.	Осуществление политики ВОЗ в области оценки в рамках всей Организации	⚠	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.2.3.	Поощрение этичного и достойного поведения и добросовестности в рамках всей Организации	⚠	⚠	✓	✓	✓	✓	✓

Бюджет и расходы по основным бюро, 2014–2015 гг. (тыс. долл. США) (включая должностной сбор)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	7 300	4 600	1 000	1 100	1 400	100	34 900	50 400
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	2 986	801	1 317	1 944	672	51	21 148	28 919
Добровольные взносы, обусловленные	0	0	63	0	0	0	219	282
Должностной сбор	0	0	0	0	0	0	700	700
Всего	2 986	801	1 380	1 944	672	51	22 067	29 901
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	41%	17%	138%	177%	48%	51%	63%	59%
Расходы на персонал								
	2 095	661	910	1 946	829	23	19 758	26 222
Расходы на осуществление деятельности								
	747	80	519	24	8	27	3 777	5 182
Совокупные расходы	2 842	741	1 429	1 970	837	50	23 535	31 404
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	39%	16%	143%	179%	60%	50%	67%	62%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	95%	93%	104%	101%	125%	98%	107%	105%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	8%	3%	3%	7%	3%	0%	75%	100%

6.3 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ, КООРДИНАЦИЯ РЕСУРСОВ И ОТЧЕТНОСТЬ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 6.3. ФИНАНСИРОВАНИЕ И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РЕСУРСОВ СОГЛАСУЕТСЯ С ПРИОРИТЕТАМИ ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ И ИХ ПОТРЕБНОСТЯМИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАМКАХ ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА РЕЗУЛЬТАТЫ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ

Программные реформы и реформы в области финансирования по-прежнему направлены на укрепление цикла планирования, составления бюджета и финансирования в целях обеспечения более эффективной и продуктивной работы по достижению конечных результатов, согласованных с государствами-членами, а также на содействие получению более высоких результатов мер по охране здоровья. Программный бюджет на 2014–2015 гг. был реалистичным бюджетом, в котором предусмотрена более последовательная цепочка результатов и сделаны более ясными роль и обязанности каждого уровня Организации, а также определен перечень ожидаемых результатов деятельности на этих уровнях.

Эти улучшения были подкреплены в процессе составления Программного бюджета на 2016–2017 гг. с учетом реформ, отраженных в Программном бюджете 2014–2015 годы. Эти реформы предусматривали процесс планирования "снизу вверх" на основе региональных и страновых консультаций, который дополняется процессом "сверху вниз", посредством которого глобальные приоритеты определяются исходя из резолюций руководящих органов. Это позволило еще больше укрепить основанный на приоритетах и ориентированный на результаты бюджетный процесс, что нашло отражение в установлении каждым страновым бюро до 10 приоритетов, на которые будут направлены 80% запланированных результатов и ресурсов. Работа велась на основе общеорганизационного планирования, в рамках которого работа внутренних сетей категорий и программных областей интегрирована в процесс составления программного бюджета.

В результате консультаций с государствами-членами в сочетании с укреплением вышеуказанных механизмов произошло смещение программного акцента в предлагаемом программном бюджете на 2016–2017 гг., отражающее прежние и новые потребности, в том числе: применение уроков, извлеченных из опыта борьбы с заболеванием, вызываемым вирусом Эбола, в Западной Африке; реакцию на обсуждение Повестка дня в области устойчивого развития на период после 2015 г. с акцентом на всеобщий охват услугами здравоохранения; увеличение вклада ВОЗ в охрану репродуктивного, материнского здоровья, здоровья новорожденных, детей и подростков, ускорение прогресса в ликвидации малярии и расширение деятельности по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними; и возникновение новых угроз и приоритетов, таких как устойчивость к противомикробным препаратам, вирусный гепатит, старение и деменция. Кроме того, гармонизация и стандартизация методов составления бюджета способствовали повышению качества предложенного реалистичного бюджета в плане более точного отражения ожидаемых затрат на достижение согласованных организационных результатов, что является важной предпосылкой того, чтобы программный бюджет стал основным механизмом подотчетности для всего управляющего звена Организации.

Программные реформы еще в большей степени позиционировали программный бюджет не только в качестве главного инструмента для составления программы работы ВОЗ, но и как основу для измерения эффективности деятельности ВОЗ с помощью показателей достижения конечных результатов, а также как средство мобилизации ресурсов ВОЗ и управления ими. Внедрение в 2013 г. диалога о финансировании как механизма, способствующего общеорганизационной скоординированной мобилизации ресурсов, который предусматривает стратегические подходы к двусторонним переговорам с вкладчиками взносов, способствовало реализации ключевых принципов финансовой реформы ВОЗ (предсказуемость, согласованность, уменьшение уязвимости и повышение уровня прозрачности), а также значительному улучшению ситуации в области финансирования ВОЗ. Этот процесс был повторен в 2015 г., что позволило Организации вступить в двухгодичный период 2016–2017 гг. с финансированием в размере 83% от суммы базового бюджета.

Утверждение единого программного бюджета и обновление веб-портала программного бюджета значительно повысили уровень прозрачности, способствовали улучшению контроля за перемещением

ресурсов и укрепили систему коммуникаций Организации по вопросам подотчетности, представления докладов о результатах и эффективности расходования средств.

Реформы в области финансирования, направленные на стратегическое распределение гибких средств, которыми располагает ВОЗ (включая основные добровольные взносы и начисленные взносы), также внесли важный вклад в обеспечение полного финансирования программного бюджета. Стратегический подход к распределению гибких средств в рамках Организации обеспечил полномасштабное функционирование всех программных областей в течение рассматриваемого двухгодичного периода. Процесс стратегического выделения этих средств был согласован по всей Организации и основан на целенаправленной общеорганизационной мобилизации ресурсов. Стратегическое использование гибких ресурсов сводит воедино ряд ключевых аспектов управления ресурсами и программный бюджет. Во-первых, пробелы в финансировании в масштабах Организации выявляются на более ранних сроках двухгодичного периода в результате подробного анализа текущих и будущих ресурсов по программным областям в сравнении с программным бюджетом. Во-вторых, проводится согласованная политика в отношении использования гибких ресурсов, которая направлена на покрытие недостающего финансирования программного бюджета. В результате Секретариат может информировать вкладчиков о текущей и будущей нехватке поступлений в программный бюджет, что может стать основанием для более открытого диалога о том, как профинансировать этот дефицит средств. Внедрение стратегического подхода к распределению гибких средств в Организации привело к выравниванию и сокращению разрыва между наиболее и наименее финансируемыми программами и бюро по сравнению с двухгодичным периодом 2012–2013 годов.

Тем не менее, некоторые дисбалансы в уровнях финансирования категорий и программ сохраняются, и требуется провести дополнительную работу для полного учета потребностей в скоординированной мобилизации ресурсов и управления использованием стратегических средств в соответствии с этими потребностями. Координация действий по мобилизации ресурсов улучшилась, но она нуждается в дополнительном структурировании с помощью надлежащих стандартных оперативных процедур и общего механизма.

Создание департамента по скоординированной мобилизации ресурсов позволило внедрить более целенаправленный подход к мобилизации ресурсов, но он нуждается в дополнительном структурировании посредством введения надлежащих стандартных оперативных процедур и общих механизмов. Все основные бюро уже сообщили о принятии мер по укреплению потенциала в области мобилизации ресурсов как на региональном, так и на страновом уровне. Государства-члены подтвердили свою поддержку выработанных в ходе диалога о финансировании руководящих принципов предсказуемости, гибкости, согласованности, прозрачности и расширения базы вкладчиков. Предпринятые в течение рассматриваемого двухгодичного периода усилия включали сбор более точной информации о глобальных донорах в целях расширения базы вкладчиков, и в этом участвовали все регионы.

Вышеперечисленное является иллюстрацией работы, проведенной в рамках программной области «Стратегическое планирование, координация ресурсов и отчетность». В Таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (!) Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо								
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
6.3.1.	Создан механизм ориентированного на результаты управления, включая систему подотчетности для оценки результатов корпоративной деятельности ВОЗ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.3.2.	Обеспечение соответствия финансирования ВОЗ согласованным приоритетам с помощью более эффективной мобилизации ресурсов, координации и управления	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓

Бюджет и расходы по основным бюро, 2014–2015 гг. (тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	5 200	600	5 700	3 400	2 800	4 000	12 800	34 500
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	4 264	2 326	2 102	2 735	2 065	6 256	10 125	29 873
Добровольные взносы, обусловленные	265	0	0	0	0	454	980	1 699
Всего	4 529	2 326	2 102	2 735	2 065	6 710	11 105	31 572
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	87%	388%	37%	80%	74%	168%	87%	92%
Расходы на персонал								
	3 699	2 319	1 545	2 639	1 911	6 358	10 029	28 500
Расходы на осуществление деятельности								
	557	155	384	90	76	380	786	2 428
Совокупные расходы	4 256	2 474	1 929	2 729	1 987	6 738	10 815	30 928
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	82%	412%	34%	80%	71%	168%	84%	90%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	94%	106%	92%	100%	96%	100%	97%	98%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	13%	8%	5%	9%	7%	22%	35%	100%

6.4 УПРАВЛЕНИЕ И АДМИНИСТРАТИВНОЕ РУКОВОДСТВО

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 6.4. ЭФФЕКТИВНОЕ И ДЕЙСТВЕННОЕ УПРАВЛЕНИЕ, А ТАКЖЕ АДМИНИСТРАТИВНОЕ РУКОВОДСТВО В МАСШТАБАХ ОРГАНИЗАЦИИ

Эта программная область охватывает ключевые административные службы, которые необходимы для эффективного и действенного функционирования ВОЗ: финансы, людские ресурсы, информационные технологии и оперативная поддержка.

В течение рассматриваемого двухгодичного периода на всех трех уровнях Организации были внедрены несколько инициатив по повышению эффективности, что привело к сокращению общей суммы расходов на 7,5% по сравнению с бюджетом 2012–2013 годы. Это было достигнуто благодаря ряду мер, включая передачу большего числа корпоративных функций в Малайзию, где затраты ниже, чем в Женеве, сокращение числа поездок, более широкое использование видеосвязи и принятие стандартизированных, всемирно используемых продуктов ИТ. Ниже указаны основные достижения в 2014–2015 гг. в четырех областях управления.

Финансы

В 2015 г. большое внимание уделялось усилению внутреннего контроля, разработке новых стратегий и укреплению действующих процедур, особенно в отношении операций на страновом уровне. Одной из инноваций стало внедрение оперативных сводок о соблюдении требований, а также новая программа финансовой подготовки кадров с целью обеспечения компетентности в административных и финансовых вопросах на всех трех уровнях. В 2015 г. обучение прошли более 100 сотрудников.

ВОЗ спонсирует проведение официальной аттестации и выдачу других свидетельств об окончании бухгалтерских курсов для финансового персонала в Глобальном сервисном центре как для повышения уровня квалификации финансового персонала, так и для удержания сотрудников и превращения ВОЗ в привлекательное место трудоустройства в условиях Малайзии.

Особое внимание уделялось более строгому соблюдению требований при реализации многочисленных соглашений о прямом финансовом сотрудничестве (ПФС), которые заключены на страновом уровне, поскольку они давно вызывают беспокойство. В этой области следует отметить значительный прогресс: число непредставленных отчетов о выполнении соглашений о ПФС сократилось с 15% в декабре 2013 г. до 3% в конце рассматриваемого двухгодичного периода.

В течение рассматриваемого двухгодичного периода повысился уровень сверки авансовых счетов и выполнения соответствующих рекомендаций ревизоров, в результате чего эти счета были со временем закрыты, в частности на страновом уровне.

Одним из главных достижений является введение принципа мобильности, который много обсуждался в ВОЗ и наконец стал применяться на практике в течение рассматриваемого двухгодичного периода. Разработана и утверждена программа управляемой географической мобильности, которая охватывает сотрудников категории специалистов и более высоких категорий на должностях, которые замещаются в порядке ротации. На основании поддержки со стороны руководящих органов и последующего внесения поправок в Правила о персонале и Положения о персонале, которые служат правовой базой для замещения международных должностей в порядке ротации посредством ежегодного перемещения кадров, был разработан план осуществления, предусматривающий детали основных необходимых мероприятий.

В январе 2016 г. был опубликован первый перечень должностей для ротации, предусматривающий трехгодичный добровольный период.

Была внедрена унифицированная процедура отбора кадров на международные должности, призванная обеспечить последовательность, эффективность и прозрачность посредством проведения стандартного международного конкурса для отбора кадров на более долгосрочные должности в категории специалистов и более высоких категориях.

Был укреплен механизм оценки работы персонала. В частности, были изданы руководства "Признание и вознаграждение отличной работы" и "Устранение недостатков в работе".

Для укрепления системы оценки результатов была проведена программа повышения информированности с применением самых разных средств, таких как дистанционное обучение и информационные занятия.

Основное внимание в 2014–2015 гг. уделялось выработке корпоративных решений и их выполнению в масштабе всей Организации. В некоторых регионах успешно осуществлялось внедрение общекорпоративных услуг, в других регионах процесс был не столь значительным. Хотя региональные бюро сами создали ряд согласованных общекорпоративных услуг, сроки и завершение их внедрения в страновых бюро были разными. Возникли некоторые проблемы, которые были связаны в основном с финансированием, состоянием местной инфраструктуры и наличием местной поддержки. Тем не менее все страны в Африканском, Европейском регионах, регионах Юго-Восточной Азии и Восточного Средиземноморья, а также некоторые страны в регионе Западной части Тихого океана завершили подсоединение к глобальной электронной почте, а все страны Африканского региона и региона Юго-Восточной Азии, а также некоторые страны Европейского региона, регионов Восточного Средиземноморья и Западной части Тихого океана внедрили управляемые системы сетевой защиты. Система идентификации и управления доступом была обновлена и используется во всех странах и во всех основных бюро.

При осуществлении проекта преобразования Глобальной системы управления также возник ряд проблем, и в результате было отложено развертывание некоторых запланированных бизнес-процессов и услуг. Это было связано главным образом с неоднократной проверкой соответствия коммерческих требований первоначально установленным технологиям и задержками в утверждении соответствующей политики.

Кроме того, изменились приоритеты в области ИТ. В середине 2014 г. во всех страновых бюро и во всех основных бюро ИТ стали активно применяться в борьбе с эпидемией Эболы. В затронутые страны направлялись ресурсы штаб-квартиры и регионов. В середине 2015 г. ИТ-ресурсы высшего управленческого звена были переориентированы с работы по проектам и оперативной работы на стратегическое взаимодействие, направленное на трансформацию ВОЗ в "организацию, действующую в чрезвычайных ситуациях".

Ухудшение ситуации в области безопасности во многих странах побудило еще большее число бюро принять более активные меры по соблюдению Минимальных оперативных стандартов безопасности (МОСБ) Организации Объединенных Наций. Требование к соблюдению МОСБ нередко модифицируется из-за меняющейся ситуации в области безопасности в каждой стране. Поэтому полное соблюдение МОСБ является труднодостижимой целью. В течение рассматриваемого двухгодичного периода ситуация в области безопасности в некоторых странах ухудшилась, что, соответственно, привело к ужесточению требований МОСБ. Возникла необходимость в принятии дополнительных мер в отношении МОСБ, которые не прогнозировались ранее. Эти меры позволили в целом достичь установленного показателя, но потребовали дополнительных средств из фонда обеспечения безопасности Организации. Рост числа предвиденных чрезвычайных ситуаций и срочные меры безопасности высветили также необходимость наличия устойчивого механизма для покрытия расходов, связанных с безопасностью на глобальном уровне.

Закупки представляют собой важную функцию, которая позволяет Организации эффективно выполнять свой мандат. Разработанная в 2015 г. стратегия ВОЗ в области закупок отразила характер и масштаб закупочной деятельности ВОЗ (контракты штатных и внештатных сотрудников). Эта стратегия определяет ключевые сделки по закупкам товаров и услуг и порядок осуществления политики в области закупок, которая включает действующие принципы соотношения цены и качества, эффективной конкуренции на основе равного подхода, прозрачности и подотчетности, закрепляя при этом приверженность ВОЗ принципам ведения экологически и социально ответственной закупочной деятельности.

Полномасштабное осуществление стратегии принесет дополнительные плоды, в частности обеспечив более совершенное управление взаимоотношениями с поставщиками и укрепление взаимодействия с

другими учреждениями Организации Объединенных Наций в целях улучшения соотношения цены и качества.

Хотя общие поставленные задачи в этой области почти полностью выполнены, для того чтобы предоставлять корпоративные услуги и одновременно поддерживать меры по борьбе с эпидемией Эболы, требуются мастерство и активные усилия.

Вышеперечисленное является иллюстрацией работы, проведенной в рамках программной области "Управление и административное руководство". В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету.

(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (!) Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо							
Промежуточный результат	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
6.4.1. Разумная финансовая практика на основе адекватного механизма контроля, точного бухгалтерского учета, отслеживания расходов и своевременной регистрации доходов	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.4.2. Эффективное и действенное управление людскими ресурсами для найма и сохранения мотивированного, опытного и компетентного персонала в среде, способствующей обучению и повышению квалификации	!	✓	✓	✓	!	✓	✓
6.4.3. Эффективные и продуктивные вычислительная инфраструктура, сеть и коммуникационные услуги, корпоративные и связанные со здравоохранением системы и приложения, система поддержки конечного пользователя и обеспечение профессиональной подготовки	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!
6.4.4. Обеспечение операционной и логистической поддержки, закупки, содержание и ремонт инфраструктуры, управление активами и создание безопасной среды для персонала и имущества ВОЗ (в соответствии с Минимальными оперативными стандартами безопасности (МОСБ) Организации Объединенных Наций и Минимальными оперативными стандартами жилищной безопасности (МОСЖБ) Организации Объединенных Наций	!	✓	!	✓	!	✓	!

Бюджет и расходы по основным бюро, 2014–2015 гг. (тыс. долл. США) (включая должностной сбор)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	88 700	22 400	35 600	30 500	50 700	26 800	218 600	473 300
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	80 789	24 510	31 096	15 472	39 536	19 602	137 466	348 471
Добровольные взносы, обусловленные	1 454	0	140	507	156	733	1 947	4 937
Должностной сбор	23 026	4 098	5 820	9 393	9 025	7 125	75 328	133 815
Всего	105 269	28 608	37 056	25 372	48 717	27 460	214 741	487 223
Имеющиеся средства, в % от бюджета								
	119%	128%	104%	83%	96%	102%	98%	103%
Расходы на персонал								
Расходы на осуществление деятельности	65 104	10 370	18 423	13 268	26 872	12 772	125 867	272 676
Совокупные расходы	97 094	28 806	35 500	24 514	46 819	26 870	202 969	462 572
Расходы, в % от утвержденного бюджета								
	109%	129%	100%	80%	92%	100%	93%	98%
Расходы, в % от имеющихся средств								
	92%	101%	96%	97%	96%	98%	95%	95%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро								
	24%	4%	7%	5%	10%	5%	46%	100%

6.5 СТРАТЕГИЧЕСКИЕ КОММУНИКАЦИИ

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ 6.5. УЛУЧШЕНИЕ ПОНИМАНИЯ ОБЩЕСТВЕННОСТЬЮ И ЗАИНТЕРЕСОВАННЫМИ СТОРОНАМИ РАБОТЫ ВОЗ

Социальные сети ВОЗ: не только обмен сообщениями ВОЗ

Twitter является лишь одним из каналов, которыми пользуется ВОЗ для участия в обсуждении проблем здравоохранения во всем мире, вступая в контакт с теми, кто комментирует работу ВОЗ в режиме реального времени.

В начале рассматриваемого двухгодичного периода ВОЗ приступила к внедрению масштабной стратегии по использованию социальных сетей, основой которой является подход "единая ВОЗ", означающий, что штаб-квартира ВОЗ ведет единый корпоративный аккаунт на разных платформах социальных сетей и отдельным программам не разрешается создавать собственные аккаунты в социальных сетях. Это позволило ВОЗ укрепить и постепенно расширить свое присутствие в социальных сетях. В результате в течение 2014–2015 гг. число подписчиков Организации увеличилось почти в четыре раза.

В январе 2014 г. два главных канала ВОЗ в социальных сетях – Twitter и Facebook – собрали в совокупности почти 1,4 млн. подписчиков. Через два года этот показатель вырос до более 5,3 миллиона человек – 2,7 миллиона подписчиков в Twitter и 2,67 миллиона в Facebook к концу 2015 года. В настоящее время на своих 11 каналах в социальных сетях Организация имеет 6,74 млн. подписчиков, которые заинтересованы в получении информации об общественном здравоохранении и общении с ВОЗ через социальные сети, а это означает, что информация ВОЗ об общественном здравоохранении ежедневно доходит до миллионов людей во всем мире.

Подход "единая ВОЗ" способствовал также активному участию ВОЗ в социальных сетях во время чрезвычайных ситуаций и вспышек заболеваний. ВОЗ продолжает использовать специальную функцию Twitter Alerts, позволяющую пользователям получать срочные текстовые сообщения с аккаунта ВОЗ в Twitter. Эта функция весьма полезна в условиях чрезвычайных ситуаций, когда подключение к сети Интернет может быть нестабильным или вовсе отсутствовать.

Кроме того, во время вспышки Эболы в Западной Африке ВОЗ посчитала необходимым распространять среди широкой публики сообщения о предписаниях и запретах, поскольку мониторинг социальных сетей показал, что возникает множество вопросов. Незатейливые графические посты, публикуемые на Facebook, стали эффективным средством передачи информации людям, затронутым этим заболеванием. Один из графических постов собрал более 14 000 "лайков" у пользователей Facebook. Эти графические посты также привлекли внимание информационного портала BBC Africa, который перенаправил сообщения по каналу BBC Ebola на сервис WhatsApp. Эта платформа, крупнейшая из популярных в Африке чатовых приложений, позволяет передавать информацию жителям региона напрямую на их мобильные телефоны.

В 2015 г. ВОЗ зарегистрировала аккаунты в сервисах Vine и Periscope, которые представляют собой платформы социальных сетей для передачи видеоконтента. Приложение Vine позволяет ВОЗ показывать шестисекундные видео с сообщениями, касающимися общественного здравоохранения. В среднем люди смотрят видео с помощью приложения Vine 6–7 раз, так что эта платформа предоставляет еще одну возможность сделать сообщения ВОЗ по вопросам общественного здравоохранения более наглядными. Для того чтобы сохранить своих подписчиков, ВОЗ с помощью этих приложений адаптируется к современной тенденции использования социальных сетей для передачи видеосообщений по принципу "чем короче, тем лучше".

При каждой возможности ВОЗ в своих коммуникациях уделяет главное внимание людям. Так, при освещении своей работы во время вспышки Эболы ВОЗ рассказывала о людях, которые вели борьбу с этим заболеванием, – от персонала ВОЗ до местных врачей, от рабочих, обеспечивающих сжигание трупов в медицинских целях, до выживших больных.

Социальные сети позволяют ВОЗ освещать темы, которые интересуют широкую общественность. Самое популярное сообщение в Twitter, которое получило почти 10 000 цитирований (ретвитов), касалось психического здоровья. Это сообщение стало вторым по количеству ретвитов в истории Организации Объединенных Наций. Для сравнения: оно получило больше ретвитов, чем любое сообщение с аккаунта Лиги чемпионов УЕФА, который имеет почти 11 млн. подписчиков.

ВОЗ планирует укрепить свой потенциал в социальных сетях на всех уровнях в течение двухгодичного периода. В настоящее время все шесть региональных бюро имеют аккаунты в Twitter, а бюро Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана присоединились к социальным сетям в течение этого

двухгодичного периода. Штаб-квартира помогла начать эту работу трем страновым отделениям в странах, где возникли чрезвычайные ситуации или вспышки заболеваний, – в Сьерра-Леоне, Йемене и Украине. Теперь цель состоит в том, чтобы увеличить объем контента на местном уровне, который затем может быть размещен на глобальном уровне.

Вышеперечисленное является иллюстрацией работы, проведенной в рамках программной области "Стратегические коммуникации". В таблице ниже представлены сводные промежуточные результаты в разбивке по основным бюро. Подробнее о работе, проведенной в этой программной области, в том числе пояснения относительно рейтинговой оценки промежуточных результатов, см. на веб-портале, посвященном программному бюджету.

		(✓) Результат/вклад обеспечен полностью (!) Результат/вклад обеспечен частично (X) Результат/вклад не обеспечен (н/п) Неприменимо						
Промежуточный результат		Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира
6.5.1.	Улучшение персоналом ВОЗ коммуникаций привело к более полному пониманию действий и влияния ВОЗ	!	✓	✓	✓	!	!	!
6.5.2.	Разработка и эффективное обслуживание инновационных коммуникационных платформ	!	✓	✓	✓	!	✓	!

Бюджет и расходы по основным бюро, 2014–2015 гг. (тыс. долл. США)

	Африка	Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западная часть Тихого океана	Штаб-квартира	Всего
Бюджет, утвержденный Ассамблеей здравоохранения	5 300	3 100	600	2 800	2 900	3 300	19 100	37 100
Имеющиеся средства (по состоянию на 31 декабря 2015 г.)								
Гибкие средства	3 426	2 220	1 625	4 055	2 421	3 109	21 915	38 771
Добровольные взносы, обусловленные	0	30	30	0	0	86	815	961
Всего	3 426	2 250	1 655	4 055	2 421	3 195	22 730	39 732
Имеющиеся средства, в % от бюджета	65%	73%	276%	145%	83%	97%	119%	107%
Расходы на персонал	2 403	2 189	1 059	3 658	2 131	2 351	18 633	32 424
Расходы на осуществление деятельности	862	153	505	394	277	918	3 484	6 593
Совокупные расходы	3 265	2 342	1 564	4 052	2 408	3 269	22 117	39 017
Расходы, в % от утвержденного бюджета	62%	76%	261%	145%	83%	99%	116%	105%
Расходы, в % от имеющихся средств	95%	104%	95%	100%	99%	102%	97%	98%
Расходы на персонал в разбивке по основным бюро	7%	7%	3%	11%	7%	7%	57%	100%

**РАЗДЕЛ 2. ФИНАНСОВЫЙ ОТЧЕТ И РЕВИЗОВАННЫЕ ФИНАНСОВЫЕ
ОТЧЕТЫ**

Подтверждение финансовых отчетов за год, завершившийся 31 декабря 2015 г.

В соответствии со статьей 34 Устава и Положением XIII Положений о финансах Всемирной организации здравоохранения настоящий документ содержит финансовые отчеты за год, завершившийся 31 декабря 2015 г. Четвертый год подряд финансовые отчеты, политика учета и примечания к финансовым отчетам подготавливаются в соответствии с требованиями Международных стандартов учета в государственном секторе (МСУГС). Кроме того, финансовые отчеты подготовлены в соответствии с Положениями о финансах и Финансовыми правилами Всемирной организации здравоохранения. Финансовые отчеты проверены Внешним ревизором Организации – Аудиторской комиссией Республики Филиппины, заключение которого включено в настоящий отчет.

Хотя в Организации был принят годовой финансовый период отчетности, как это предусмотрено пересмотренным Положением XIII Положений о финансах, бюджетный период остается двухгодичным (Положение II Положений о финансах). В связи с этим в целях сравнения фактических и планируемых бюджетных сумм двухгодичный бюджет сопоставляется с ежегодными расходами за два года. Отчет о сравнении бюджетных и фактических сумм (Отчет V) содержит это сравнение в разбивке по категориям.

Помимо Общего фонда (программного бюджета), финансовая отчетность ВОЗ включает две другие группы фондов: "Государства-члены – другие средства" и Поручительский фонд. Подробная информация о доходах и расходах по каждой из этих трех основных групп фондов представлена в Таблице I настоящего доклада.

В 2015 г. Организация предоставляла услуги еще шести субъектам: Доверительному фонду для Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Международному механизму закупки лекарственных средств (ЮНИТЭЙД), Международному агентству по изучению рака (МАИР), Международному вычислительному центру (МВЦ), Африканской программе по борьбе с онкоцеркозом (АПБО) и Плану медицинского страхования сотрудников (МСС). Для каждого субъекта составляется отдельная финансовая отчетность, подлежащая отдельной процедуре внешней ревизии. Средства, управление которыми осуществляется ВОЗ от имени этих субъектов, включаются в Отчет о финансовом положении (Отчет I). По состоянию на 31 декабря 2015 г. АПБО перестала функционировать. Эти виды деятельности взял на себя Африканский регион в рамках Расширенного специального проекта по искоренению забытых тропических болезней (ESPEN).

Финансовые отчеты за год, завершившийся 31 декабря 2015 г., вместе с примечаниями к отчетности и вспомогательными таблицами I и II были рассмотрены и утверждены.



Nicholas R. Jeffreys
Контролер



Д-р Маргарет Чен
Генеральный директор

Женева, 22 марта 2016 г.

Сопроводительное письмо



Republic of the Philippines
COMMISSION ON AUDIT
Commonwealth Avenue, Quezon City, Philippines

СОПРОВОДИТЕЛЬНОЕ ПИСЬМО

4 апреля 2016 г.

Уважаемый господин/госпожа,

Имею честь представить шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения доклад Внешнего ревизора и заключение по финансовым отчетам Всемирной организации здравоохранения за финансовый год, завершившийся 31 декабря 2015 года.

Я выражаю признательность Всемирной ассамблее здравоохранения за оказанную честь и привилегию выступить в качестве Внешнего ревизора для ВОЗ.

С уважением,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'M. Aguinardo'.

Michael G. Aguinardo
Председатель,
Аудиторская комиссия
Республика Филиппины
Внешний ревизор

**Председателю Шестьдесят девятой сессии
Всемирной ассамблеи здравоохранения**
Всемирная организация здравоохранения
Женева, Швейцария

Заключение Внешнего ревизора



Republic of the Philippines
COMMISSION ON AUDIT
Commonwealth Avenue, Quezon City, Philippines

ОТЧЕТ НЕЗАВИСИМОГО АУДИТОРА

Всемирной ассамблее здравоохранения

Заключение о финансовой отчетности

Мы провели аудит прилагаемых финансовых отчетов Всемирной организации здравоохранения, которые включают Отчет о финансовом положении по состоянию на 31 декабря 2015 г., Отчет о финансовых результатах деятельности, Отчет об изменениях в чистых активах/собственном капитале, Отчет о движении денежных средств, Отчет о сравнении бюджетных и фактических сумм за завершившийся год и Примечания к финансовым отчетам.

Ответственность руководства за составление финансовой отчетности

Руководство несет ответственность за составление и достоверное представление данной финансовой отчетности в соответствии с Международными стандартами учета в государственном секторе (МСУГС). Эта ответственность включает: разработку, внедрение и поддержание системы внутреннего контроля, связанной с составлением и достоверным представлением финансовой отчетности, которая не содержит существенных искажений в результате ошибок или недобросовестных действий; выбор и применение надлежащей учетной политики; и использование обоснованных применительно к обстоятельствам бухгалтерских оценок.

Ответственность аудитора

Наша обязанность заключается в том, чтобы выразить мнение о представленной финансовой отчетности на основе проведенного нами аудита. Мы проводили аудит в соответствии с Международными стандартами аудита, изданными Комитетом по международным стандартам аудита и подтверждения достоверности информации. Согласно этим стандартам, мы должны следовать этическим нормам и планировать и проводить аудит таким образом, чтобы получить достаточную уверенность в том, что финансовая отчетность не содержит существенных искажений.

Аудит предусматривает проведение процедур, целью которых является получение аудиторских доказательств в отношении числовых данных и информации, содержащихся в финансовой отчетности. Выбор процедур основывается на профессиональном суждении аудитора, включая оценку рисков существенного искажения финансовой отчетности вследствие недобросовестных действий или ошибок. В процессе оценки вышеупомянутых рисков аудитор рассматривает систему внутреннего контроля, связанную с составлением и достоверным представлением финансовой отчетности данной организации с тем, чтобы разработать аудиторские процедуры, необходимые в данных обстоятельствах, но не с целью выражения мнения об эффективности системы внутреннего контроля организации. Кроме того, аудит включает оценку уместности используемой учетной политики и обоснованности бухгалтерских оценок, сделанных руководством, а также оценку представления финансовой отчетности в целом.

Мы полагаем, что полученные нами аудиторские доказательства являются достаточными и надлежащими и дают нам основание для выражения мнения аудитора.

Мнение аудитора

По нашему мнению, прилагаемая финансовая отчетность во всех существенных аспектах достоверно отражает финансовое положение Всемирной организации здравоохранения по состоянию на 31 декабря 2015 г., а также финансовые результаты ее деятельности, изменения в чистых активах/собственном капитале, движение денежных средств и сравнение бюджетных и фактических сумм в соответствии с МСУГС.

Заключение о соблюдении иных законодательных и нормативных требований

Кроме того, по нашему мнению, те операции Всемирной организации здравоохранения, о которых нам известно или которые были нами проверены в рамках нашего аудита, соответствуют во всех существенных аспектах Положениям о финансах ВОЗ.

В соответствии с положением XIV Положений о финансах, мы также подготовили полный отчет о проведенном нами аудите Всемирной организации здравоохранения.



Michael G. Aguinaldo
Председатель,
Аудиторская комиссия
Республика Филиппины
Внешний ревизор

Кесон-Сити, Филиппины
4 апреля 2016 г.

Финансовые отчеты
Всемирная организация здравоохранения
Отчет I. Отчет о финансовом положении

*По состоянию на 31 декабря 2015 г.
(в тыс. долл. США)*

Описание	Примечания	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
АКТИВЫ			
Текущие активы			
Денежные средства и эквиваленты денежных средств	4,1	431 318	632 891
Краткосрочные инвестиции	4,2	2 754 259	2 823 227
Дебиторская задолженность – краткосрочная	4,3	866 016	833 240
Дебиторская задолженность по расчетам с сотрудниками	4,4	10 702	10 446
Запасы	4,5	53 152	50 417
Предоплаты и депозиты	4,6	12 474	383
Итого текущие активы		4 127 921	4 350 604
Долгосрочные активы			
Дебиторская задолженность – долгосрочная	4,3	197 472	282 289
Долгосрочные инвестиции	4,2	93 900	70 845
Основные средства	4,7	65 124	63 993
Нематериальные активы	4,8	2 806	2 802
Итого долгосрочные активы		359 302	419 929
ИТОГО АКТИВЫ		4 487 223	4 770 533
ОБЯЗАТЕЛЬСТВА			
Текущие обязательства			
Взносы, полученные досрочно	4,9	57 079	61 707
Кредиторская задолженность	4,10	53 597	31 579
Кредиторская задолженность по расчетам с сотрудниками	4,11	2 156	1 777
Начисленные выплаты сотрудникам – текущие	4,12	46 722	55 823
Доходы будущих периодов	4,13	339 418	366 843
Финансовые обязательства	4,2	53 177	33 351
Прочие текущие обязательства	4,14	108 747	42 717
Обязательства по расчетам между субъектами	4,15	1 008 911	1 087 558
Итого текущие пассивы		1 669 807	1 681 355
Долгосрочные пассивы			
Долгосрочные займы	4,16	27 477	21 671
Начисленные выплаты сотрудникам – долгосрочные	4,12	987 549	937 706
Доходы будущих периодов – долгосрочные	4,13	197 472	282 289
Итого долгосрочные пассивы		1 212 498	1 241 666
ИТОГО ПАССИВЫ		2 882 305	2 923 021
ЧИСТЫЕ АКТИВЫ/СОБСТВЕННЫЙ КАПИТАЛ			
Регулярный бюджет		43 176	75 344
Добровольные фонды		2 166 155	2 353 797
Государства-члены – другие средства		(647 287)	(667 484)
Поручительские фонды		42 874	85 855
ИТОГО ЧИСТЫЕ АКТИВЫ/СОБСТВЕННЫЙ КАПИТАЛ		1 604 918	1 847 512
ИТОГО ПАССИВЫ И ЧИСТЫЕ АКТИВЫ/СОБСТВЕННЫЙ КАПИТАЛ		4 487 223	4 770 533

Раздел об основных принципах учетной политики и прилагаемые примечания являются частью финансовых отчетов.

Всемирная организация здравоохранения

Отчет II. Отчет о финансовых результатах деятельности

За год, завершившийся 31 декабря 2015 г.
(в тыс. долл. США)

Описание	Примечания	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
ПОСТУПЛЕНИЯ	5,1		
Обязательные взносы		462 651	491 866
Добровольные взносы		1 838 443	2 051 911
Добровольные взносы натурой и услугами		129 913	50 271
Возмещаемые закупки		26 170	12 944
Прочие операционные поступления		17 965	15 628
Итого поступления		2 475 142	2 622 620
РАСХОДЫ	5,2		
Расходы по персоналу		920 191	867 460
Медицинские принадлежности и материалы		265 481	225 296
Услуги по контрактам		744 096	565 865
Перечисления и гранты		311 717	258 537
Путевые расходы		233 539	193 681
Общие операционные расходы		193 271	155 672
Оборудование, автотранспорт и мебель		67 716	47 825
Износ и амортизация		2 433	2 104
Итого расходы		2 738 444	2 316 440
Финансовый доход	5,3	20 708	6 612
ИТОГО (ДЕФИЦИТ)/ПРОФИЦИТ ЗА ГОД		(242 594)	312 792

Раздел об основных принципах учетной политики и прилагаемые примечания являются частью финансовых отчетов.

Всемирная организация здравоохранения

Отчет III. Отчет об изменениях в чистых активах/собственном капитале

За год, завершившийся 31 декабря 2015 г.
(в тыс. долл. США)

Описание	Примечания	31 декабря 2015 г.	Профицит/(дефицит)	31 декабря 2014 г.
Общий фонд				
Регулярный бюджет	6,1	43 176	(32 168)	75 344
Добровольные фонды				
Основной фонд добровольных взносов		154 376	(102 569)	256 945
Обусловленный фонд добровольных взносов		1 118 132	(45 790)	1 163 922
Целевой фонд ПТБ		20 890	(10 696)	31 586
Целевой фонд ПВН		40 146	190	39 956
Фонд специальных программ и механизмов сотрудничества		334 162	(9 611)	343 773
Фонд специального счета расходов на обслуживание	6,2	302 775	38 328	264 447
Фонд реагирования на вспышки заболеваний и кризисы		181 409	(71 759)	253 168
Резервный фонд для чрезвычайных ситуаций	6,3	14 265	14 265	
Итого добровольные фонды		2 166 155	(187 642)	2 353 797
Итого общий фонд		2 209 331	(219 810)	2 429 141
Государства-члены – другие средства				
Единый фонд		103 014	18 416	84 598
Фонд предпринимательства	6,4	9 365	1 262	8 103
Специальный целевой фонд	6,5	(759 666)	519	(760 185)
Итого государства-члены – другие средства		(647 287)	20 197	(667 484)
Поручительский фонд	6,6	42 874	(42 981)	85 855
ИТОГО, ЧИСТЫЕ АКТИВЫ/СОБСТВЕННЫЙ КАПИТАЛ		1 604 918	(242 594)	1 847 512

Раздел об основных принципах учетной политики и прилагаемые примечания являются частью финансовых отчетов.

Всемирная организация здравоохранения

Отчет IV. Отчет о движении денежных средств

За год, завершившийся 31 декабря 2015 г.
(в тыс. долл. США)

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
ДЕНЕЖНЫЕ ПОТОКИ ОТ ОПЕРАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ		
ИТОГО (ДЕФИЦИТ)/ПРОФИЦИТ ЗА ГОД	(242 594)	312 791
Износ и амортизация	2 433	2 104
Незафиксированные (прибыли)/убытки от инвестиций	1 003	29 507
Незафиксированные (прибыли)/убытки от переоценки долгосрочных займов	525	2 463
(Увеличение)/уменьшение краткосрочной дебиторской задолженности	(32 776)	(97 716)
(Увеличение)/уменьшение дебиторской задолженности по расчетам с сотрудниками	(256)	903
(Увеличение)/уменьшение по товарно-материальным запасам	(2 735)	707
(Увеличение)/уменьшение по предоплате	(12 091)	3 072
(Увеличение)/уменьшение долгосрочной дебиторской задолженности	84 817	64 223
Увеличение/(уменьшение) по взносам, полученным досрочно	(4 628)	(18 385)
Увеличение/(уменьшение) по кредиторской задолженности	22 018	1 859
Увеличение/(уменьшение) по кредиторской задолженности по расчетам с сотрудниками	379	(548)
Увеличение/(уменьшение) по начисленным выплатам сотрудникам – краткосрочным	(9 101)	(14 326)
Увеличение/(уменьшение) доходов будущих периодов	(27 425)	24 428
Увеличение/(уменьшение) по прочим текущим пассивам	66 030	(16 754)
Увеличение/(уменьшение) по обязательствам по расчетам с субъектами	(78 647)	105 857
Увеличение/(уменьшение) по начисленным выплатам сотрудникам – долгосрочным	49 843	(1 411)
Увеличение/(уменьшение) по доходам будущих периодов – долгосрочным	(84 817)	(64 223)
Чистые денежные потоки от операционной деятельности	(268 022)	334 551
ДЕНЕЖНЫЕ ПОТОКИ ОТ ИНВЕСТИЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ		
Увеличение/(уменьшение) по краткосрочным инвестициям	59 071	(419 313)
Увеличение/(уменьшение) по долгосрочным инвестициям	(22 616)	13 168
Увеличение/(уменьшение) по финансовым обязательствам	28 281	(2 557)
(Увеличение)/уменьшение по основным средствам	(3 241)	(4 379)
(Увеличение)/уменьшение по нематериальным активам	(327)	(2 825)
Чистые денежные потоки от инвестиционной деятельности	61 168	(415 906)
ДЕНЕЖНЫЕ ПОТОКИ ОТ ФИНАНСОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ		
Увеличение/(уменьшение) по долгосрочным займам	5 281	(606)
Чистые денежные потоки от финансовой деятельности	5 281	(606)
Чистое увеличение/(уменьшение) по денежным средствам и их эквивалентам	(201 573)	(81 950)
Денежные средства и их эквиваленты на начало года	632 891	714 841
Денежные средства и их эквиваленты на конец года	431 318	632 891

Раздел об основных принципах учетной политики и прилагаемые примечания являются частью финансовых отчетов.

Всемирная организация здравоохранения

Отчет V. Отчет о сравнении бюджетных и фактических сумм

За год, завершившийся 31 декабря 2015 г.
(в тыс. долл. США)

Описание	Программный бюджет на 2014–2015 г.	Расходы на 2015 г.	Расходы на 2014 г.	Всего расходы	Разница между Программным бюджетом и расходами	Выполнение (%)
Категории						
1 Инфекционные болезни	840 800	390 503	326 666	717 169	123 631	85%
2 Неинфекционные заболевания	317 900	131 240	106 357	237 597	80 303	75%
3 Укрепление здоровья на протяжении всей жизни	388 500	187 827	151 857	339 684	48 816	87%
4 Системы здравоохранения	531 100	252 939	215 178	468 117	62 983	88%
5 Готовность, эпиднадзор и реагирование	287 000	144 268	121 459	265 727	21 273	93%
6 Корпоративные услуги/вспомогательные функции	684 000	353 292	279 682	632 974	51 026	93%
Чрезвычайные ситуации	927 900	1 006 608	689 555	1 696 163	(768 263)	183%
Итого	3 977 200	2 466 677	1 890 754	4 357 431	(380 231)	110%
Различия в методе учета						
Расходы по Фонду регулирования налогообложения		11 862	9 595	21 457		
Специальные соглашения		84 114	31 935	116 049		
Трансфер в Фонд ИТ			812	812		
Другое непрограммное использование бюджета		(24 397)	8 683	(15 714)		
Итого различия в методе учета		71 579	51 025	122 604		
Временные различия						
Расходы по Программному бюджету за предыдущие периоды			180 737	180 737		
Итого временные различия			180 737	180 737		
Итого расходы – Общий фонд		2 538 256	2 122 516	4 660 772		
Различия в составе субъектов						
Расходы из Единого фонда, Фонда предпринимательства, Специального целевого фонда и Поручительского фонда		74 023	144 734	218 757		
Расходы в натуре/в форме услуг		126 165	49 190	175 355		
Итого различия в составе субъектов		200 188	193 924	394 112		
Итого, расходы по Отчету о финансовых результатах деятельности (Отчет II)		2 738 444	2 316 440	5 054 884		

Раздел об основных принципах учетной политики и прилагаемые примечания являются частью финансовых отчетов.

Примечания к финансовым отчетам

1. Основа для подготовки и представления

Финансовые отчеты Всемирной организации здравоохранения были подготовлены в соответствии с Международными стандартами учета в государственном секторе (МСУГС). Они подготовлены в соответствии с правилами учета по фактическим затратам за истекший период. При этом инвестиции и займы учитываются по справедливой стоимости или с учетом амортизации. В тех случаях, когда какие-либо вопросы не охватывались МСУГС, применялись соответствующие Международные стандарты финансовой отчетности (МСФО).

Настоящая финансовая отчетность была подготовлена на основании допущения о непрерывности деятельности ВОЗ и ее намерении выполнять свой мандат в обозримом будущем (МСУГС 1 – Представление финансовых отчетов).

Настоящая финансовая отчетность представлена в долларах США; все значения округлены до тысяч и приведены в тысячах долларов (тыс. долл.) США.

Функциональная валюта и пересчет иностранных валют

Пересчет операций в других валютах в доллары Соединенных Штатов производится по действующим операционным обменным курсам Организации Объединенных Наций, примерно равным обменным курсам на дату совершения операций. Операционные обменные курсы устанавливаются один раз в месяц и пересматриваются в середине месяца в случае значительных колебаний курсов отдельных валют.

Активы и пассивы, выраженные в иных валютах, чем доллар Соединенных Штатов, пересчитываются в доллары США по операционным обменным курсам Организации Объединенных Наций на конец года. Соответствующие прибыли или убытки учитываются в Отчете о финансовых результатах деятельности.

Активы и пассивы в инвестиционных портфелях, выраженные в иных валютах, чем доллар Соединенных Штатов, пересчитываются в доллары Соединенных Штатов по ставке закрытия месяца, применяемой ответственным хранителем.

Существенность и использование суждений и оценок

Центральным понятием финансовой отчетности ВОЗ выступает существенность¹. Процесс рассмотрения существенности для финансовой отчетности Организации обеспечивает систематический подход к определению, анализу, оценке, утверждению и периодическому пересмотру принятых решений относительно существенности информации по ряду областей учета. Финансовая отчетность включает суммы, основанные на суждениях, оценках и допущениях руководства. Изменения оценок отражаются в том периоде, в котором о них стало известно.

Финансовые отчеты

В соответствии с МСУГС 1 был подготовлен полный комплект следующих финансовых отчетов:

- Отчет о финансовом положении;
- Отчет о финансовых результатах деятельности;
- Отчет об изменениях в чистых активах/собственном капитале;
- Отчет о движении денежных средств;
- Отчет о сравнении бюджетных и фактических сумм; и
- примечания к финансовым отчетам, в которых приведено описание основы для подготовки и представления отчетов, краткий обзор основных принципов учетной политики и другая уместная информация.

¹ Пропуски или искажения статей являются существенными в том случае, если по отдельности или вместе они могут оказать влияние на решения или оценки пользователей, сделанные на основе финансовой отчетности.

2. Основные принципы учетной политики

2.1 Денежные средства и эквиваленты денежных средств

Денежные средства и эквиваленты денежных средств регистрируются по номинальной стоимости и включают кассовую наличность, денежные средства в банке, залоговые депозиты, коммерческие бумаги, фонды денежного рынка и краткосрочные векселя и обязательства. Все инвестиции со сроком погашения три месяца и менее с даты приобретения учитываются как денежные средства и эквиваленты денежных средств. Они включают денежные средства и эквиваленты денежных средств в портфелях, управляемых внешними инвестиционными управляющими.

2.2 Инвестиции и финансовые инструменты

Финансовые инструменты признаются, когда ВОЗ становится стороной договора по данному инструменту и вплоть до истечения срока действия или передачи прав на получение денежных средств с этих активов и существенной переуступки Организацией всех рисков и преимуществ, вытекающих из права собственности. Инвестиции могут быть отнесены к следующим категориям: (i) финансовые активы или финансовые обязательства (пассивы), оцениваемые по справедливой стоимости, изменения которой отражаются в составе профицита или дефицита; (ii) удерживаемые до погашения; (iii) имеющиеся в наличии для продажи; или iv) банковские депозиты и другая дебиторская задолженность. Все приобретения и продажи инвестиций признаются на дату заключения сделки.

Финансовые активы или финансовые обязательства, оцениваемые по справедливой стоимости, изменения которой отражаются в составе профицита или дефицита, – это финансовые инструменты, которые соответствуют одному из следующих условий: (i) они предназначены для торговли; или (ii) с момента первоначального признания Организация относит их к категории "учитываемые по справедливой стоимости, изменения которой отражаются в составе профицита или дефицита".

Оценка финансовых инструментов в этой категории производится по справедливой стоимости, и любые прибыли или убытки, возникающие в результате изменений справедливой стоимости, учитываются через профицит или дефицит и включаются в Отчет о финансовых результатах деятельности в том периоде, в котором они возникли. Все производные инструменты, такие как свопы, валютные форвардные контракты или опционы, классифицируются как предназначенные для торговли, за исключением определенных и эффективных инструментов хеджирования, как они определяются в МСУГС 29 (Финансовые инструменты: признание и оценка). Финансовые активы в составах портфелей, находящихся под внешним управлением, отнесенные с момента первоначального признания к категории "учитываемые по справедливой стоимости, изменения которой отражаются в составе профицита или дефицита", классифицируются как текущие или долгосрочные активы в соответствии с временным горизонтом инвестиционных целей каждого портфеля. Если временной горизонт равен одному году или менее, они классифицируются в качестве текущих активов, а если он превышает один год, они классифицируются в качестве долгосрочных активов.

Инвестиции, удерживаемые до погашения, – это непроизводные финансовые активы с фиксированными или определяемыми платежами и фиксированным сроком погашения, которыми ВОЗ твердо намерена и способна владеть до наступления срока погашения. Инвестиции, удерживаемые до погашения, отражаются по амортизированной стоимости с использованием метода эффективной процентной ставки, а процентный доход признается на основе фактической доходности в Отчете о финансовых результатах деятельности.

Инвестиции в наличии для продажи классифицируются как имеющиеся в наличии для продажи в том случае, когда ВОЗ не отнесла их к активам, предназначенным для торговли или удерживаемым до погашения. Объекты, имеющиеся в наличии для продажи, отражаются по их справедливой стоимости (включая транзакционные издержки, напрямую связанные с приобретением финансового актива), а изменения стоимости признаются в чистых активах/собственном капитале. Отчисления под обесценение и проценты, рассчитанные с использованием метода эффективной процентной ставки, признаются в Отчете о финансовых результатах деятельности. На 31 декабря 2015 г. Организация не владела финансовыми активами, имеющимися в наличии для продажи.

Банковские депозиты и другая дебиторская задолженность – это непроизводные финансовые активы с фиксированными или определяемыми платежами, не котируемые на активном рынке. К ним относится начисленный доход в связи с процентами, дивиденды и предстоящие денежные суммы к получению от

инвестиций. Банковские депозиты и другая дебиторская задолженность отражаются по амортизированной стоимости, рассчитанной методом эффективной процентной ставки за вычетом обесценения. Процентный доход признается по эффективной процентной ставке, за исключением краткосрочной дебиторской задолженности, для которой признание процентов было бы несущественно.

Другие финансовые обязательства включают кредиторскую задолженность и начисления, связанные с инвестициями, и первоначально признаются по справедливой стоимости, а впоследствии оцениваются по амортизированной стоимости с использованием метода эффективной процентной ставки, за исключением краткосрочных обязательств, для которых признание процентов было бы несущественно.

2.3 Дебиторская задолженность

Дебиторская задолженность – это непроизводные финансовые активы с фиксированными или определяемыми платежами, не торгуемые на активном рынке. Текущая дебиторская задолженность – это суммы к получению в течение 12 месяцев с отчетной даты, в то время как долгосрочная дебиторская задолженность – это суммы, подлежащие получению в течение более 12 месяцев с отчетной даты финансовых отчетов.

Дебиторская задолженность по добровольным взносам признается на основе условий оплаты, указанных в юридически обязательном соглашении между ВОЗ и донором. Если условия оплаты не указаны, полная сумма, причитающаяся к получению, признается в качестве подлежащей оплате на данный момент. Дебиторская задолженность по обязательным взносам признается ежегодно в начале года, согласно оценкам, утвержденным Ассамблеей здравоохранения. Дебиторская задолженность регистрируется по ее оценочной чистой цене реализации и не дисконтируется, так как эффект от дисконтирования считается несущественным.

Резерв на сомнительную дебиторскую задолженность признается при наличии риска ее обесценения. Изменения резерва на сомнительную дебиторскую задолженность признаются в Отчете о финансовых результатах деятельности (Отчет II).

2.4 Товарно-материальные запасы

ВОЗ признает лекарственные средства, вакцины, гуманитарную помощь и публикации в качестве части своих запасов. Запасы оцениваются по наименьшему значению i) стоимости или ii) чистой цены реализации методом средневзвешенной ставки. Физическая инвентаризация проводится ежегодно. Расходы на упаковку, перевозку и страхование рассчитываются исходя из общей стоимости приобретаемых объектов и прибавляются к инвентарной стоимости.

Если запасы были приобретены путем необменных операций (то есть запасы были пожертвованы как взнос в натуральной форме), стоимость запаса определяется на основе справедливой стоимости пожертвованных товаров на дату приобретения.

При продаже, обмене или распределении запасов их балансовая стоимость признается как расход.

2.5 Предоплата и депозиты

Предоплата относится к суммам, уплаченным поставщикам за товары или услуги, которые еще не были получены. Депозиты относятся к суммам, уплачиваемым в качестве обеспечения за сдачу в аренду служебных помещений. Депозиты и предоплата регистрируются по себестоимости.

2.6 Основные средства

Основные средства, стоимость которых превышает 5000 долл. США, признаются как долгосрочные активы в Отчете о финансовом положении (Отчет I). Основные средства отражаются по первоначальной стоимости за вычетом начисленной амортизации и всех убытков от обесценения. Основные средства, приобретенные посредством необменной операции, признаются по справедливой стоимости на дату приобретения. ВОЗ считает все активы такого типа не генерирующими денежные средства.

Амортизация рассчитывается линейным методом на протяжении срока полезного использования актива, за исключением земельных участков, которые не подлежат амортизации. Ежегодно производится пересмотр основных средств на предмет обесценения, чтобы гарантировать, что балансовая стоимость

по-прежнему возмещаемы. В таблице ниже представлены оценочные полезные сроки использования категорий активов, относящихся к основным средствам.

Класс актива	Предполагаемый срок полезного использования (количество лет)
Земельные участки	n/a
Здания – постоянные	60
Здания – разборные	5
Мебель, принадлежности и материалы	5
Транспортные средства	5
Офисная техника	3
Оборудование связи	3
Аудиовизуальное оборудование	3
Компьютерное оборудование	3
Сетевое оборудование	3
Оборудование обеспечения безопасности	3
Прочее оборудование	3

Затраты на ремонт капитализируются на весь остаточный срок использования актива в том случае, если ремонт увеличивает срок его полезного использования. Остаточная стоимость актива и затраты на ремонт амортизируются в течение скорректированного срока полезного использования (остаточного срока использования). Плановые затраты на ремонт и обслуживание учитываются в качестве расходов в том году, в котором эти затраты были понесены.

При первоначальном признании основных средств, приобретенных или предоставленных бесплатно до 1 января 2012 г., применялось переходное положение, которое продолжит действовать до 31 декабря 2016 года. Земельные участки и здания были признаны с указанием местонахождения с 1 января 2012 г. по 31 декабря 2015 года.

В соответствии с переходным положением другие активы в форме основных средств, приобретенные в течение 2015 г., были отнесены на расходы на дату приобретения и не были признаны в качестве активов в 2015 году.

2.7 Нематериальные активы

Нематериальные активы, стоимость которых превышает ранее установленный порог в 100 000 долл. США, отражаются по первоначальной стоимости за вычетом начисленной амортизации и накопленных убытков от обесценения. Амортизация рассчитывается линейным методом на протяжении оценочного срока полезного использования активов. Срок службы "программного обеспечения, приобретенного на внешней основе", оценивается в шесть лет.

Предполагается, что нематериальные активы ВОЗ имеют нулевую остаточную стоимость, так как они не продаются или не передаются после окончания срока их полезного использования. Ежегодно производится пересмотр нематериальных активов на предмет обесценения. Срок службы некоторых нематериальных активов может быть меньше.

2.8 Аренда

Аренда (соглашение об аренде) – это соглашение, по которому арендодатель предоставляет арендатору (Организации) в обмен на платеж или серию платежей право на использование актива в течение согласованного периода времени. Каждое соглашение об аренде подвергается пересмотру с целью определить, является ли аренда финансовой или операционной. В соответствии с этим производятся необходимые учетные записи и раскрытие информации.

В тех случаях, когда ВОЗ выступает арендодателем, выручка от аренды по операционным договорам признается в качестве выручки линейным методом в течение срока аренды. Все затраты, связанные с

активом, используемым при получении дохода от аренды, включая амортизацию, признаются в качестве расходов.

2.9 Взносы, полученные досрочно

Взносы, полученные досрочно, возникают из юридически обязательных соглашений между ВОЗ и ее донорами – включая правительства, международные организации, а также частные и общественные учреждения, – когда взносы получены досрочно по сравнению с соответствующими причитающимися Организации суммами.

2.10 Кредиторская задолженность и накопленные обязательства

Кредиторская задолженность – это финансовые обязательства по товарам или услугам, которые были получены ВОЗ, но еще не были оплачены.

Накопленные обязательства – это финансовые обязательства по товарам или услугам, которые были получены ВОЗ, но еще не были оплачены или по которым ВОЗ еще не был выставлен счет.

Кредиторская задолженность и накопленные обязательства признаются по себестоимости, так как эффект от дисконтирования считается несущественным.

2.11 Вознаграждения работникам

ВОЗ различает следующие категории вознаграждений работникам:

- краткосрочные вознаграждения работникам, подлежащие выплате в полном объеме в течение 12 месяцев после окончания учетного периода, в котором работники оказывали соответствующие услуги;
- вознаграждения после окончания трудовой деятельности;
- прочие долгосрочные вознаграждения работникам;
- выходные пособия.

ВОЗ участвует в Объединенном пенсионном фонде персонала Организации Объединенных Наций (ОПФПООН), который был создан Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций для осуществления выплат пенсий сотрудникам, выплат в случае смерти, инвалидности и других соответствующих выплат. Пенсионный фонд является пенсионным планом с установленными выплатами, финансируемым несколькими работодателями. Как указано в статье 3 b) Положений о фонде, членство в Фонде открыто для специализированных учреждений и любых других международных, межправительственных организаций, участвующих в общей системе окладов, надбавок и других условий службы Организации Объединенных Наций и специализированных учреждений.

По этому плану участвующие организации несут актуарные риски, связанные с нынешними и бывшими сотрудниками других организаций, участвующих в Пенсионном фонде, и поэтому нет никакой последовательной и надежной основы для распределения между отдельными участвующими организациями обязательств, активов плана и расходов по нему. ВОЗ и ОПФПООН не имеют возможности определить пропорциональную долю ВОЗ в пенсионном плане с установленными выплатами, активах плана и связанных с планом затратах с достаточной для целей отчетности надежностью; это также справедливо и в отношении других организаций, участвующих в Пенсионном фонде. Поэтому ВОЗ рассматривает его как план с фиксированным размером пособия в соответствии с требованиями МСУГС 25 (Пособия сотрудникам). Взносы ВОЗ в план в течение финансового периода признаются в качестве расходов в Отчете о финансовых результатах деятельности (Отчет II).

2.12 Резервы и условные обязательства

Резервы признаются для будущих обязательств и выплат, когда ВОЗ имеет текущее юридическое или конклюдентное обязательство в результате прошлых событий и существует вероятность того, что Организации потребуется погасить это обязательство.

Другие обязанности по расходованию средств, которые не удовлетворяют критериям их признания в качестве обязательств, раскрываются в примечаниях к финансовым отчетам в качестве условных обязательств, если их наличие будет подтверждено только наступлением или ненаступлением одного или нескольких неопределенных будущих событий, не находящихся под полным контролем ВОЗ.

2.13 Условные активы

Условные активы раскрываются в том случае, когда событие создает вероятность поступления экономических выгод или возможности полезного использования и имеется достаточная информация для оценки этой вероятности.

2.14 Доходы будущих периодов

Доходы будущих периодов возникают в результате юридически обязательных соглашений между ВОЗ и ее донорами, включая правительства, международные организации и частные и общественные учреждения. Доходы будущих периодов признаются, когда:

- договорное соглашение письменно подтверждается как Организацией, так и донором; и
- средства имеют целевое назначение и подлежат выплате в будущий период.

Доходы будущих периодов также включают авансовые выплаты по обменным операциям.

Доходы будущих периодов отражаются в качестве долгосрочных, если доход подлежит выплате через год или более после отчетной даты.

2.15 Поступления

Поступления представляют собой валовые поступления экономических выгод или возможности полезного использования, полученные и подлежащие получению ВОЗ в течение года, и приводят к увеличению чистых активов/собственного капитала. Организация признает поступления в соответствии с установленными критериями МСУГС 9 (Выручка от обменных операций) и МСУГС 23 (Выручка от необменных операций).

Главные источники поступлений для ВОЗ включают среди прочего следующее:

Выручка от необменных операций

- **Обязательные взносы.** Поступления по линии взносов государств-членов и ассоциированных членов регистрируются ежегодно в начале года в соответствии с обязательными взносами, утвержденными Ассамблеей здравоохранения.
- **Добровольные взносы.** Поступления по линии добровольных взносов регистрируются при подписании юридически обязательного соглашения между ВОЗ и донором. При наличии в соглашении положений с условиями, которые ВОЗ не контролирует, такие поступления учитываются только в момент получения денежных средств. В случае если донором не указаны условия оплаты либо они относятся к текущему отчетному году, поступления признаются в текущем периоде. Если условиями оплаты предусматривается оплата после истечения года, такие суммы включаются в доходы будущих периодов. В случаях, когда датой начала контракта является дата после 31 декабря, поступления признаются в будущем отчетном году.
- **Взносы в натуральной форме и в форме услуг.** Взносы в натуральной форме и в форме услуг регистрируются ВОЗ в сумме, равной их справедливой рыночной стоимости, определяемой на момент получения, на основе соглашения между ВОЗ и донором и после подтверждения бюджетным центром получателя факта получения товаров или услуг. Запись, соответствующая

расходам, делается в том же периоде, что и запись о поступлениях в натуральной форме и в форме услуг.

Выручка от обменных операций

- **Возмещаемые закупки, концессии и оборотные средства реализации.** Выручка от возмещаемых закупок от имени государств-членов или от продажи товаров или услуг регистрируется на основе метода начисления по справедливой стоимости полученного или ожидаемого к получению вознаграждения, если есть вероятность получения ВОЗ будущих экономических выгод и/или возможности полезного использования и возможность надежной оценки их стоимости. Соответствующие расходы признаются в том же году, что и поступления.

2.16 Расходы

Расходы – это уменьшение экономических выгод или возможности полезного использования в течение отчетного периода в форме выбытия, потребления активов или возникновения обязательств, ведущих к уменьшению чистых активов/собственного капитала. ВОЗ признает расходы в момент получения товаров или оказания услуг (принцип учета в момент доставки), а не при уплате денежных средств или их эквивалентов.

2.17 Фондовый учет

Фондовый учет – это метод разбивки ресурсов на категории (то есть фонды) для обозначения как источника средств, так и их использования. Создание таких фондов помогает обеспечить лучшую отчетность о доходах и расходах. Общий фонд, "Государства-члены – другие средства" и Поручительский фонд служат для обеспечения надлежащего разделения доходов и расходов. Любые перечисления между фондами, которые приводят к дублированию доходов и/или расходов, взаимно исключаются во время консолидации. Перечисления внутри фондов, такие как затраты на поддержку программ в Общем фонде, также исключаются.

Общий фонд

Счета этого фонда используются для поддержки осуществления программного бюджета. Общий фонд содержит следующие счета.

- **Фонд обязательных взносов.** Этот фонд объединяет доходы и расходы, возникающие в результате обязательных взносов от государств-членов, и включает проценты и прочие разные поступления.
- **Фонд регулирования налогообложения.** В соответствии с резолюцией WHA21.10, в которой Ассамблея здравоохранения приняла решение о создании Фонда регулирования налогообложения, обязательные взносы всех государств-членов уменьшаются на доходы, полученные в результате действия плана налогообложения персонала. При определении размера уменьшения обязательных взносов, применимого к соответствующим государствам-членам, в кредит Фонда регулирования налогообложения перечисляются доходы, полученные по плану налогообложения персонала, причем кредитованные суммы регистрируются по государствам-членам пропорционально их обязательным взносам за данный двухгодичный период. Для тех государств-членов, которые взимают подоходный налог с вознаграждения, получаемого от Организации их гражданами или другими лицами, обязанными выплачивать такие налоги, кредит из плана налогообложения персонала уменьшается на предполагаемую сумму подоходного налога, взимаемую таким государством-членом. В соответствии с резолюцией WHA21.10 эти начисленные суммы, в свою очередь, используются Организацией для возмещения подоходного налога, выплаченного соответствующими сотрудниками.
- **Фонд оборотных средств.** Фонд был учрежден с целью исполнения программного бюджета до получения обязательных взносов по окончании периода. Согласно Положению VII Положений о финансах, исполнение части бюджета, финансируемой за счет обязательных взносов, может финансироваться из Фонда оборотных средств и затем с помощью внутренних займов из имеющихся резервов денежных средств ВОЗ, за исключением доверительных фондов. Заимствованные суммы возвращаются из средств, поступивших в счет оплаты задолженности по обязательным взносам, и кредитуются вначале в отношении любых внутренних займов, а затем – в отношении любых займов, взятых из Фонда оборотных средств.

- **Добровольные фонды (основные, целевые и партнерства).** Этот фонд объединяет поступления и расходы, возникающие в результате добровольных взносов, и включает специальный счет для расходов на обслуживание.

Государства-члены – другие средства

В эту категорию входят следующие счета.

- **Единый фонд.** Этот фонд отражает движение по счетам активов и пассивов Организации, возникающее в результате изменений таких статей, как запасы, амортизация и нереализованные курсовые прибыли и убытки.
- **Фонд предпринимательства.** Этот фонд содержит счета, которые генерируют самофинансируемый доход. Поступления и расходы по этому фонду не включаются в отчетность по программному бюджету. Фонд предпринимательства содержит следующие счета:
 - Оборотный фонд реализации¹;
 - Концессионный фонд;
 - Фонд страховых полисов;
 - Фонд аренды гаражных мест;
 - Фонд возмещаемых закупок²;
 - Фонд взносов в натуральной форме³.
- **Специальный целевой фонд.** Счета этого фонда представляют собой перечисления из Общего фонда или ассигнования Ассамблеи здравоохранения. Поступления и расходы по этому фонду не включаются в отчетность по программному бюджету. Специальный целевой фонд содержит следующие счета:
 - Фонд недвижимого имущества;
 - Фонд строительных займов (см. примечания 6.7 и 4.16);
 - Фонд безопасности;
 - Фонд информационных технологий;
 - Специальный фонд для компенсации;
 - Фонд выходных пособий;
 - Фонд не связанных с окладами выплат сотрудникам;
 - Фонд для сборов, связанных с занятостью постов;
 - Фонд возмещения расходов на внутреннее обслуживание;
 - Фонд медицинского страхования сотрудников;
 - Фонд пополнения запасов;
 - Фонд для персонала по полиомиелиту.

¹ В соответствии с резолюциями WHA22.8 и WHA55.9 на счет Оборотного фонда реализации зачисляются доходы от продажи публикаций, международных свидетельств о вакцинации, фильмов, видеоматериалов, DVD-дисков и других информационных материалов. Соответствующие затраты на производство и публикацию относятся на Фонд.

² Операции в рамках данного фонда относятся к обменным операциям. Общая сумма поступлений равна общим расходам; следовательно, не существует остатка средств на конец года.

³ Операции в рамках данного фонда относятся к необменным операциям. Общая сумма поступлений равна общим расходам; следовательно, не существует остатка средств на конец года.

Поручительский фонд

Этот фонд предназначен для средств, которые ВОЗ хранит в качестве поручителя или агента для других учреждений и которые не могут использоваться для поддержки собственных программ Организации. Фонд включает активы управляемых Организацией партнерств, бюджеты которых не утверждаются Ассамблеей здравоохранения. Аналогичным образом через этот фонд осуществляется управление финансовой деятельностью для финансирования долгосрочных обязательств ВОЗ. Этот фонд не может использоваться для операционной деятельности и не вносит никакого вклада в Программный бюджет на 2014–2015 гг. В него входят следующие счета:

- Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ);
- Фонд партнерства "Остановить туберкулез" (см. Примечание 6.7);
- Фонд Глобального механизма по обеспечению лекарственными средствами партнерства "Остановить туберкулез" (см. Примечание 6.7);
- Фонд партнерства "Обратим вспять малярию"¹;
- Фонд Партнерства по охране здоровья матерей, новорожденных и детей;
- Фонд Постоянного комитета системы Организации Объединенных Наций по вопросам питания;
- Фонд Альянса по исследованиям в области политики и систем здравоохранения;
- Фонд Глобального альянса по трудовым ресурсам здравоохранения;
- Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения;
- Фонд Расширенного специального проекта по искоренению забытых тропических болезней (ESPEN) (см. Примечание 6.7).

2.18 Сегментная отчетность

В соответствии с требованиями МСУГС ВОЗ представляет отчетность по сегментам на основе своей региональной структуры. Поступления, расходы, активы и обязательства отражаются по каждому основному бюро (региону). Использование основных бюро соответствует практике принятия решения государств-членов и Секретариата в том, что касается распределения ресурсов. Программный бюджет ВОЗ представляется по основному бюро, что делает удобным использование таких основных бюро в качестве сегментов. Кроме того, предоставление отчетности по результатам и управление активами и пассивами возлагается на директора соответствующего регионального бюро.

2.19 Отчет о движении денежных средств

Отчет о движении денежных средств (Отчет IV) составляется на основе косвенного метода.

2.20 Сравнение бюджетов

Бюджет ВОЗ и ее финансовая отчетность используют разные базы. Бюджеты в рамках Организации утверждаются с использованием модифицированного кассового метода, а не метода полного начисления МСУГС. Кроме того, бюджеты составляются на двухгодичной основе.

Хотя финансовые отчеты ВОЗ охватывают все виды деятельности Организации, бюджеты утверждаются только для Общего фонда. Для других фондов бюджеты не утверждаются. Все фонды управляются в соответствии с Положениями о финансах и Финансовыми правилами.

В соответствии с требованиями МСУГС 24 (Представление бюджетной информации в финансовой отчетности), если финансовая отчетность и бюджет подготовлены не на сопоставимой основе, то фактические суммы, представленные на основе сопоставимой с бюджетом информации, должны сверяться с фактическими суммами, представленными в финансовой отчетности, а все различия в методе учета, временные различия и различия в составе субъектов должны указываться отдельно. Кроме того,

¹ Фонд Партнерства «Обратим вспять малярию» прекратил деятельность 31 декабря 2015 года. Административное закрытие фонда будет завершено в 2016 году.

могут существовать различия между форматами и схемами классификации, принятыми для представления финансовой отчетности и бюджета.

Ассамблея здравоохранения утвердила Программный бюджет на 2014–2015 годы¹. В Отчете о сравнении бюджетных и фактических сумм (Отчет V) сравниваются суммы итогового бюджета и фактические суммы, рассчитанные на той же основе, что и соответствующие бюджетные суммы. Поскольку методы для подготовки бюджета и финансовых отчетов различаются, в Примечании 7 приводится сверка фактических сумм, представленных в Отчете V, с фактическими суммами, представленными в Отчете о движении денежных средств (Отчет IV).

2.21 Консолидированные и неконсолидированные субъекты

Неконсолидированные субъекты

ВОЗ обеспечивает административное обслуживание для ряда субъектов, каждый из которых составляет полный набор финансовых отчетов, подлежащих отдельной ревизии. Следующие шесть субъектов имеют свои собственные руководящие органы и не управляются Всемирной ассамблеей здравоохранения:

- Доверительный фонд для Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС);
- Международный механизм закупки лекарственных средств (ЮНИТЭЙД);
- Международное агентство по изучению рака (МАИР);
- Международный вычислительный центр (МВЦ);
- Африканская программа по борьбе с онхоцеркозом (АПБО)²;
- Медицинское страхование сотрудников (МСС).

3. Примечание о пересчете остатков

Финансовая отчетность округляется до тыс. долл. США. Сопоставимые данные были скорректированы, в результате чего появились различия в округленных показателях. Различия в округленных показателях корректируются с учетом финансовых поступлений согласно Отчету II (см. Примечание 5.3), строки "Единый фонд" в рамках фонда "Государства-члены – другие средства" в Отчетах I и III и строки "Другое непрограммное использование бюджета" в рамках "Различий в методе учета" в Отчете V.

¹ См. резолюцию WHA66.2.

² АПБО прекратила деятельность 31 декабря 2015 года.

4. Дополнительная информация к Отчету о финансовом положении

4.1 Денежные средства и эквиваленты денежных средств

Денежные средства и их эквиваленты обозначают кассовую наличность, денежные средства в банках, инвестиции в фонды денежных рынков, гарантийные депозиты, банковские депозиты и краткосрочные высоколиквидные инвестиции с первоначальными сроками погашения в течение трех месяцев или менее с даты покупки.

Денежные средства и их эквиваленты удерживаются в целях удовлетворения краткосрочных потребностей Организации в денежных средствах, в отличие от более долгосрочного инвестирования. Они хранятся от имени Организации, включая Общий фонд, Специальный целевой фонд, Фонд предпринимательства, Доверительный фонд и субъекты, которые не входят в состав ВОЗ, но при этом находятся под административным управлением Организации. Указанные цифры включают денежные средства и их эквиваленты в портфелях, находящихся под управлением внешних инвестиционных управляющих. В таблице ниже приведены данные о денежных средствах и их эквивалентах в разбивке по основному бюро.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Основное бюро		
Штаб-квартира	138 587	176 926
Региональное бюро для стран Африки	24 515	24 351
Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья	11 837	8 068
Европейское региональное бюро	1 516	737
Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии	2 401	3 433
Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана	3 660	4 204
Денежные средства в банках, на инвестиционных счетах, в пути и в кассе	182 516	217 719
Штаб-квартира	248 802	415 172
Денежные средства и их эквиваленты в инвестиционных портфелях	248 802	415 172
Итого денежные средства и их эквиваленты	431 318	632 891

4.2 Инвестиции и финансовые инструменты

Подробная информация о политике учета инвестиций и финансовых инструментов содержится в Примечании 2.2.

Главными инвестиционными целями ВОЗ в порядке убывания важности являются:

- сохранение капитала;
- обеспечение достаточной ликвидности для своевременного осуществления текущих платежей по обязательствам; и
- оптимизация дохода от инвестиций.

Инвестиционная политика Организации отражает характер ее фондов, которые могут либо удерживаться в течение краткосрочного периода до реализации программ, либо храниться в течение более продолжительного срока для выполнения долгосрочных обязательств.

Инвестиции ВОЗ включают фонды, управляемые ею для других субъектов.

Анализ инвестиций Организации приводится в таблице ниже.

Инвестиции и финансовые инструменты (в тыс. долл. США)

Описание	Фонды, управляемые Организацией				Фонды под внешним управлением					Форвардные валютные контракты хеджирования	Итого на 31 декабря 2015 г.	Итого на 31 декабря 2014 г.
	Срочные вклады и денежные средства	Удерживаемый до погашения портфель	Долгосрочный портфель	Всего	Краткосрочный портфель А	Краткосрочный портфель В	Краткосрочный портфель С	Краткосрочный портфель D	Всего			
Инвестиции в составе текущих активов												
Денежные средства и их эквиваленты в инвестиционных портфелях	200 059		1	200 060	6 307	16 422	25 470	543	48 742		248 802	415 172
Краткосрочные инвестиции												
Финансовые активы по справедливой стоимости через профицит или дефицит – предназначенные для торговли					1 122	222		1 159	2 503	1 442	3 945	5 477
Финансовые активы по справедливой стоимости через профицит или дефицит – по первоначальному признанию					417 140	287 361	523 037	532 586	1 760 124		1 760 124	1 428 824
Финансовые активы по амортизированной стоимости												55 015
Банковские депозиты и другая дебиторская задолженность	978 392		41	978 433	4 769	4 247	1 391	1 350	11 757		990 190	1 333 911
Итого краткосрочные инвестиции	978 392		41	978 433	423 031	291 830	524 428	535 095	1 774 384	1 442	2 754 259	2 823 227
Итого инвестиции в составе текущих активов	1 178 451		42	1 178 493	429 338	308 252	549 898	535 638	1 823 126	1 442	3 003 061	3 238 399
Инвестиции в составе долгосрочных активов												
Долгосрочные инвестиции												
Финансовые активы по справедливой стоимости через профицит или дефицит – по первоначальному признанию			93 900	93 900							93 900	70 845
Финансовые активы по амортизированной стоимости												
Итого долгосрочные инвестиции			93 900	93 900							93 900	70 845
Итого инвестиции в составе долгосрочных активов			93 900	93 900							93 900	70 845
Финансовые обязательства в составе текущих пассивов												
Финансовые обязательства по справедливой стоимости через профицит или дефицит – предназначенные для торговли					(2 537)			(367)	(2 904)	(10 200)	(13 104)	(20 157)
Кредиторская задолженность и начисления					(34 580)	(5 493)			(40 073)		(40 073)	(13 194)
Итого финансовые обязательства					(37 117)	(5 493)		(367)	(42 977)	(10 200)	(53 177)	(33 351)
Итого финансовые обязательства в составе текущих пассивов					(37 117)	(5 493)		(367)	(42 977)	(10 200)	(53 177)	(33 351)
Итого инвестиции – нетто	1 178 451		93 942	1 272 393	392 221	302 759	549 898	535 271	1 780 149	(8 758)	3 043 784	3 275 893

Краткосрочные инвестиции

Краткосрочное инвестирование средств, удерживаемых до осуществления программ, производится в денежные средства и высококачественные краткосрочные государственные, ведомственные, корпоративные облигации и срочные депозиты в соответствии с утвержденной инвестиционной политикой. Инвестиции, включенные в "финансовые активы по справедливой стоимости, изменения которой отражаются в составе профицита или дефицита", включают ценные бумаги с фиксированным доходом и производные инструменты, удерживаемые для покрытия прогнозируемых обязательств и удовлетворения любых непредвиденных потребностей в денежных средствах. Финансовые активы в инвестиционных портфелях под внешним управлением, учитываемые по первоначальному признанию по справедливой стоимости, изменения которой отражаются в составе профицита или дефицита, классифицируются как краткосрочные инвестиции в том случае, если цель по временному горизонту этих инвестиционных портфелей равна одному году или менее. По ряду соображений, связанных с размещением тактических краткосрочных инвестиций, внешние управляющие этих портфелей могут время от времени принимать решения о временном продлении среднего срока действия портфеля до периода, немного превышающего один год. При этом такие финансовые активы будут исключены из категории краткосрочных, только если цель по временному горизонту инвестиционного портфеля и дюрация его эталона будут изменены на период, превышающий один год. Инвестиции в составе удерживаемого до погашения портфеля сроком менее одного года классифицируются как текущие активы категории "финансовые активы, учитываемые по амортизированной стоимости". По состоянию на конец 2015 г. не было никаких инвестиций в удерживаемый до погашения портфель. Другая дебиторская задолженность включает начисленную выручку от инвестиций и дебиторскую задолженность по инвестициям, которые были проданы до 31 декабря 2015 г., но расчеты по которым приходятся на период после этой даты.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Финансовые активы по справедливой стоимости через профицит или дефицит – предназначенные для торговли	3 945	5 476
Финансовые активы по справедливой стоимости через профицит или дефицит – по первоначальному признанию	1 760 124	1 428 824
Финансовые активы по амортизированной стоимости	-	55 015
Банковские депозиты и другая дебиторская задолженность	990 190	1 333 912
Итого краткосрочные инвестиции	2 754 259	2 823 227

Долгосрочные инвестиции

Долгосрочные инвестиции для Фонда выходных пособий размещаются в соответствии с утвержденной инвестиционной политикой и осуществляются в высококачественные среднесрочные и долгосрочные государственные, ведомственные и корпоративные облигации. Финансовые активы, учитываемые по справедливой стоимости через профицит или дефицит по первоначальному признанию в инвестиционном портфеле Фонда выходных пособий, классифицируются в качестве долгосрочных инвестиций согласно цели по временному горизонту инвестиционного портфеля и дюрации его эталона, которые превышают один год.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Финансовые активы по справедливой стоимости через профицит или дефицит – по первоначальному признанию	93 900	70 845
Итого долгосрочные инвестиции	93 900	70 845

Финансовые обязательства

Финансовые обязательства, раскрываемые как "финансовые обязательства по справедливой стоимости в составе профицита или дефицита, предназначенные для торговли", включают сделки с производными инструментами, такие как валютообменные форвардные контракты и процентные свопы. Финансовые обязательства, раскрываемые как "кредиторская задолженность и начисления", относятся к другим финансовым обязательствам по

инвестициям, включая активы, приобретенные до 31 декабря 2015 г., расчеты по которым приходится на период после этой даты.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Финансовые обязательства по справедливой стоимости через профицит или дефицит – предназначенные для торговли	13 104	20 157
Кредиторская задолженность и начисления	40 073	13 194
Итого финансовые обязательства	53 177	33 351

Иерархия справедливой стоимости

Иерархия справедливой стоимости – это классификация цен на рынке в зависимости от того, насколько легко реализуема стоимость вложений, осуществленных ВОЗ.

Большинство финансовых инструментов, удерживаемых ВОЗ, имеют объявленные цены на активных рынках, которые отнесены к уровню 1. Производные финансовые инструменты "внебиржевого" рынка отнесены к инструментам уровня 2, поскольку они имеют справедливую стоимость, которая наблюдается либо напрямую, как цена, либо косвенно, то есть может быть рассчитана на основе цен. Инструменты, показанные как инструменты категории справедливой стоимости уровня 2, состоят из форвардных контрактов валютного хеджирования и контрактов на производные инструменты в составах портфелей, находящихся под внешним управлением.

Описание	Уровень 1	Уровень 2	Всего
	тыс. долл. США		
Денежные средства и эквиваленты денежных средств	4 003	–	4 003
Краткосрочные инвестиции			
Финансовые активы по справедливой стоимости через профицит или дефицит – предназначенные для торговли		3 570	3 570
Финансовые активы по справедливой стоимости через профицит или дефицит – по первоначальному признанию	1 760 124		1 760 124
Итого краткосрочные инвестиции			
Долгосрочные инвестиции	1 760 124	3 570	1 763 694
Финансовые активы по справедливой стоимости через профицит или дефицит – по первоначальному признанию	93 900		93 900
Финансовые обязательства			
Финансовые обязательства по справедливой стоимости через профицит или дефицит – предназначенные для торговли	(920)	(12 152)	(13 072)
Всего	1 857 107	(8 582)	1 848 525

Управление рисками

ВОЗ подвержена финансовым рискам, включая кредитный риск, процентный риск, валютный риск и риск изменения цены инвестиций. Для хеджирования части своих рисков Организация использует производные финансовые инструменты. В соответствии с Положениями о финансах ВОЗ средства, которые не требуются для немедленного использования, могут инвестироваться. Все вложения осуществляются в соответствии с инвестиционной политикой, утвержденной Генеральным директором. Некоторые портфели находятся под управлением внешних менеджеров, назначаемых Организацией для управления фондами в соответствии с оговоренным мандатом. Консультативный комитет по инвестициям регулярно проводит обзор инвестиционной политики, эффективности вложений и инвестиционного риска для каждого инвестиционного портфеля. Комитет состоит из внешних специалистов по инвестициям, которые могут выносить рекомендации Генеральному директору об осуществлении инвестиций.

Характер финансовых инструментов

Инвестиции классифицируются следующим образом.

Краткосрочные инвестиции с фиксированным доходом. Эти инвестиции вкладываются в денежные средства и в высококачественные краткосрочные государственные, ведомственные и корпоративные облигации, как это определено в утвержденной инвестиционной политике.

Долгосрочные инвестиции с фиксированным доходом. Эти инвестиции состоят из средств, управляемых для Фонда выходных пособий, как это определено в утвержденной инвестиционной политике. Они вкладываются в высококачественные среднесрочные и долгосрочные государственные, ведомственные и корпоративные облигации, а также в глобальный индекс облигаций под внешним управлением.

Кредитный риск

Инвестиции Организации широко диверсифицированы в целях ограничения ее подверженности кредитному риску перед каким-либо отдельно взятым инвестиционным контрагентом. Инвестиции размещаются у широкого круга контрагентов с применением ограничений, касающихся минимального кредитного качества и максимальной подверженности риску со стороны контрагента, которые прописаны в инвестиционных мандатах. Эти ограничения применяются как к портфелям, которые управляются через Казначейский отдел Организации, так и к портфелям, управляемым внешними инвестиционными управляющими. Казначейский отдел отслеживает общую подверженность риску со стороны контрагентов в отношении всех портфелей, находящихся под внутренним и внешним управлением.

Кредитный риск и риск ликвидности в отношении денежных средств и их эквивалентов минимизируются путем инвестирования только в крупные финансовые учреждения с высоким кредитным рейтингом от ведущих рейтинговых агентств. Казначейский отдел регулярно проводит обзоры кредитных рейтингов утвержденных финансовых контрагентов и принимает оперативные меры в случаях пересмотра такого кредитного рейтинга в сторону понижения. Инвестиции с долгосрочным кредитным рейтингом можно подытожить следующим образом:

Минимальная категория рейтинга	Общая стоимость активов, в тыс. долл. США
AAA	291 191
AA+	607 326
AA	106 886
AA-	278 136
A+	101 093
A	121 575
A-	82 279
Рейтинг отсутствует	265 540
Всего	1 854 026

В случае если инвестиции и ценные бумаги не имеют рейтинга кредитоспособности от основных кредитных рейтинговых агентств (например, суверенные ценные бумаги с фиксированным доходом, обеспеченные ипотечные обязательства, выпущенные поддерживаемыми государством агентствами и инвестиционными фондами), Казначейский отдел обеспечивает, чтобы депозиты и ценные бумаги и гибридные ценные бумаги в составе инвестиционных фондов выпускались эмитентами, чьи кредитные рейтинги равны или выше минимального кредитного рейтинга А, который требуется для инвестиций ВОЗ в соответствии с инвестиционными рекомендациями для внешних портфельных менеджеров, согласованными с Консультативным комитетом по инвестициям, а также в соответствии с требованием минимального кредитного рейтинга инвестиционного класса для инвестиций в Фонд выходных пособий, который также согласуется с Консультативным комитетом по инвестициям.

Процентный риск

ВОЗ подвергается процентному риску через свои краткосрочные и долгосрочные инвестиции с фиксированным доходом. Мериллом зависимости от рыночных изменений процентных ставок служит дюрация инвестиций. Эффективная средняя дюрация инвестиций Организации по состоянию на 31 декабря 2015 г. составляла 0,5 года для краткосрочных инвестиций и 6,3 года для долгосрочных инвестиций. Дюрация долгосрочных инвестиций была увеличена путем покупки более долгосрочных

инструментов с фиксированной доходностью, которые лучше соответствуют дюрации обязательств, финансируемых за счет этих инвестиций.

Для управления процентным риском внешние инвестиционные менеджеры могут использовать производные инструменты с фиксированным доходом при строгом соблюдении руководящих принципов инвестиционной деятельности. Эти процентные инструменты используются для управления дюрацией портфеля и стратегического управления процентным риском.

Валютный риск

ВОЗ получает взносы и осуществляет платежи в валютах, отличных от доллара США. Таким образом, Организация подвержена валютному риску, связанному с колебаниями валютных курсов. Курсовые прибыли и убытки от покупки и продажи валют, переоценки кассовых остатков и любых других различий в обменных курсах пересчитываются по отношению к фондам и счетам, на которые могут начисляться проценты, в соответствии с программой распределения процентных поступлений. Перевод в доллары США операций в других валютах осуществляется по существующему операционному обменному курсу Организации Объединенных Наций на дату сделки. Активы и обязательства в других валютах пересчитываются по ставкам операционного обменного курса Организации Объединенных Наций, действующим на конец года. Для хеджирования валютных рисков и управления краткосрочными денежными потоками заключаются форвардные валютные контракты. Реализованные и нереализованные прибыли и убытки в результате расчетов по валютным сделкам и их переоценки признаются в Отчете о финансовых результатах деятельности (Отчет II).

Начиная с 2014 г. 50% обязательных взносов исчисляются в швейцарских франках, с тем чтобы сократить валютный риск расходов штаб-квартир в этой валюте¹.

Хеджирование валютных рисков по будущим затратам на оклады: приведенная к долларам США стоимость недолларовых расходов на 2016 г. защищена от последствий колебаний валютных курсов посредством форвардных валютных контрактов, заключенных в течение 2015 года. По состоянию на 31 декабря 2015 г. общие суммы форвардных валютных контрактов в целях хеджирования в разбивке по отдельным валютам были следующими:

Форвардный контракт на покупку валюты	(в тысячах)	Чистая сумма продаж (тыс. долл. США)	Чистые нереализованные прибыли/(убытки) (тыс. долл. США)
Швейцарские франки	117 120	123 992	(5 933)
Евро	92 400	103 043	(2 013)
Индийские рупии	1 034 400	15 164	20
Малайзийские ринггиты	36 000	8 979	(650)
Филиппинские песо	754 800	16 244	(405)
Всего		267 422	(8 981)

По состоянию на 31 декабря 2015 г. по этим контрактам имелись чистые нереализованные убытки в размере 9 млн. долл. США (нереализованные убытки в размере 18 млн. долл. США на 31 декабря 2014 г.). Реализованные прибыли или убытки по этим контрактам будут отражены по наступлении сроков расчетов по этим контрактам и применены в 2016 году.

Хеджирование валютных рисков по дебиторской и кредиторской задолженности: валютные риски возникают в результате различий между обменными курсами, по которым дебиторская или кредиторская задолженность в иностранных валютах учитывается в настоящее время, и обменными курсами, по которым кассовые поступления или платежи учитываются впоследствии. Для защиты от такого рода валютного риска осуществляется ежемесячная программа валютного хеджирования. На ежемесячной основе производится взаимозачет валютных рисков по дебиторской и кредиторской задолженности, и

¹ См. резолюцию WHA66.16.

каждый значительный чистый валютный риск покупается или продается на срок с использованием форвардных валютных контрактов, равных и противоположных чистому валютному риску.

В конце каждого месяца производится перебалансировка этих рисков в привязке к установлению ежемесячного Операционного обменного курса Организации Объединенных Наций. Благодаря этому курсовые прибыли или убытки, реализованные по форвардным валютным контрактам, соответствуют нереализованным курсовым убыткам и прибылям от изменений чистой стоимости дебиторской и кредиторской задолженности. По состоянию на 31 декабря 2015 г. общие суммы форвардных валютных контрактов в целях хеджирования рисков по отдельным валютам были следующими:

Форвардный контракт на продажу валюты	(в тысячах)	Форвардный контракт на покупку валюты (тыс. долл. США)	Чистые нереализованные прибыли/(убытки) (тыс. долл. США)
Австралийские доллары	2 000	1 455	-
Канадские доллары	21 700	15 634	3
Швейцарские франки	3 200	3 228	29
Евро	83 650	91 483	(154)
Фунты стерлингов	63 800	94 466	(181)
Норвежские кроны	6 300	724	7
Новозеландские доллары	2 500	1 716	11
Всего		208 706	(285)

По состоянию на 31 декабря 2015 г. по этим контрактам имелись чистые нереализованные убытки в размере 9,3 млн. долл. США (на 31 декабря 2014 г. – нереализованная чистая прибыль в размере 0,6 млн. долл. США). Реализованные прибыли или убытки по этим контрактам будут отражены по наступлении срока расчетов по этим контрактам и применены в течение 2016 года.

Форвардные валютные контракты для управления операционными денежными потоками: форвардные валютные контракты также используются для управления краткосрочными денежными потоками по валютным счетам для минимизации рисков при операциях в иностранных валютах. На 31 декабря 2015 г. были заключены форвардные контракты на продажу 50,6 млн. шв. франков против доллара США. Сроки платежей по этим форвардным валютным контрактам приходились на январь 2016 года. Сумма чистой нереализованной прибыли по этим контрактам составила 0,5 млн. долл. США по состоянию на 31 декабря 2015 г. (на 31 декабря 2014 г. – чистые нереализованные убытки в сумме 0,4 млн. долл. США).

Зависимость форвардных валютных контрактов от изменений относительной стоимости доллара Соединенных Штатов: увеличение на 1% относительной стоимости доллара США против вышеупомянутых форвардных валютных контрактов хеджирования привело бы к увеличению чистой нереализованной прибыли на сумму 1,4 млн. долл. США. Уменьшение на 1% относительной стоимости доллара США привело бы к уменьшению чистой нереализованной прибыли на сумму 1,4 млн. долл. США.

Форвардные и спотовые валютные контракты и другие производные финансовые инструменты в составе инвестиционных портфелей, находящихся под внешним управлением: в соответствии с руководящими принципами инвестиционной деятельности для каждого инвестиционного портфеля под внешним управлением внешние инвестиционные управляющие используют форвардные и спотовые валютные контракты, фьючерсные контракты и контракты процентного свопа для управления валютными и процентными рисками в отношении совокупности ценных бумаг в составе каждого портфеля. Данные о чистой стоимости этих инструментов на 31 декабря 2015 г., по оценке ответственного хранителя Организации, в разбивке по портфелям приводятся в разделе "финансовые активы/обязательства по справедливой стоимости, предназначенные для торговли". Неисполненные форвардные и спотовые валютные контракты суммируются ниже.

Чистая сумма продаж	(в тысячах)	Эквивалент в долл. США (в тысячах)
Австралийские доллары	5 202	3 778
Канадские доллары	400	288
Чешские кроны	181 264	7 373
Датские кроны	92 045	13 399
Евро	29 560	32 128
Японские иены	481 000	4 001
Фунты стерлингов	56 437	83 184
Мексиканские песо	41 118	2 369
Всего		146 520

Увеличение на 1% относительной стоимости доллара США против вышеупомянутых форвардных валютных контрактов хеджирования привело бы к увеличению нереализованного убытка на сумму 0,2 млн. долл. США. Уменьшение на 1% относительной стоимости доллара США привело бы к увеличению нереализованной прибыли на сумму 0,2 млн. долл. США.

Чистые показатели по неисполненным фьючерсным контрактам на процентную ставку и облигации приводятся ниже.

Длинные позиции

Финансовые инструменты	Операция с иностранной валютой ^а	Но. контрактов
Eurodollar MAR 2016	IMM	6
Eurodollar JUN 2016	IMM	51
Eurodollar MAR 2017	IMM	2
Eurodollar JUN 2017	IMM	7
US 2 year T-Note MAR 2016	CBOT	3
Australian T-Bond 3Y MAR 2016	ASX	451

Короткие позиции

Финансовые инструменты	Операция с иностранной валютой ^а	Но. контрактов
Eurodollar SEP 2016	IMM	(48)
Eurodollar DEC 2016	IMM	(8)
Eurodollar SEP 2017	IMM	(14)
Eurodollar DEC 2017	IMM	(8)
Eurodollar MAR 2018	IMM	(2)
Eurodollar JUN2018	IMM	(3)
Eurodollar SEP 2018	IMM	(204)
Eurodollar DEC 2018	IMM	(2)
Eurodollar SEP 2019	IMM	(10)
Eurodollar Future Call JUN 2016 9875	IMM	(254)
Eurodollar Future Call DEC 2016 9875	IMM	(783)
Eurodollar Future Put DEC 2016 9875	IMM	(783)

а. ASX – Австралийская фондовая биржа. IMM – Международный валютный рынок, CBOT – Чикагская торговая палата. IMM и CBOT входят в группу Чикагской товарной биржи.

Неисполненные процентные свопы резюмируются ниже.

Валюта/условная сумма (в тысячах)		Эквивалент в долл. США (в тысячах)	Перечисление/получение	Срок погашения
Доллары США	42 700	42 700	Перечисление по фиксированной ставке/получение по плавающей ставке	декабрь 2019 г.
Канадские доллары	100 800	72 565	Перечисление по плавающей ставке/получение по фиксированной ставке	октябрь 2017 г.
Мексиканские песо	524 400	30 363	Перечисление по плавающей ставке/получение по фиксированной ставке	декабрь 2017 г.

4.3 Дебиторская задолженность

На 31 декабря 2015 г. общая сумма дебиторской задолженности (кратко- и долгосрочной) составила 1063 млн. долл. США (на 31 декабря 2014 г. – 1116 млн. долл. США). Остаток к получению включает неполученные суммы как по обязательным, так и по добровольным взносам. Суммы дебиторской задолженности поделены на текущие и долгосрочные в соответствии с условиями оплаты, оговаривающими даты наступления сроков оплаты.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Дебиторская задолженность – краткосрочная		
Дебиторская задолженность по обязательным взносам ^а	122 303	77 955
Дебиторская задолженность по добровольным взносам ^б	766 328	779 331
Дебиторская задолженность по возмещаемым закупкам	59	116
Дебиторская задолженность по оборотным средствам реализации	194	155
Прочая дебиторская задолженность	5 573	3 809
Резерв на сомнительную дебиторскую задолженность	(28 441)	(28 126)
Итого дебиторская задолженность – краткосрочная	866 016	833 240
Дебиторская задолженность – долгосрочная		
Неполученная дебиторская задолженность по обязательным отсроченным выплатам ^а	23 039	27 000
Дебиторская задолженность по добровольным взносам ^б	197 472	282 289
Резерв на сомнительную дебиторскую задолженность	(23 039)	(27 000)
Итого дебиторская задолженность – долгосрочная	197 472	282 289
Итого дебиторская задолженность	1 063 488	1 115 529

а. Для получения подробной информации о статусе сбора обязательных взносов см. документ A69/48.

б. Более подробная информация о добровольных взносах в разбивке по фондам и донорам представлена на веб-портале по программному бюджету ВОЗ и на сайте ВОЗ (<http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/voluntary-contributions/en/>).

На 31 декабря 2015 г. общий резерв на сомнительную дебиторскую задолженность составил 51,5 млн. долл. США (на 31 декабря 2014 г. – 55,1 млн. долл. США). В эту цифру входит резерв в размере 48,3 млн. долл. США для обязательных взносов и резерв в размере 3,2 млн. долл. США для добровольных взносов.

Резерв по обязательным взносам к получению включает следующую дебиторскую задолженность за прошлые годы: все отсроченные суммы к получению и все текущие суммы к получению от государств-членов, имеющих задолженность по взносам. Резерв по добровольным взносам к получению основан на подробном анализе всей дебиторской задолженности сроком более года и анализе задолженности, срок которой составляет менее года, когда получение долга считается маловероятным.

С некоторыми донорами ВОЗ заключает соглашения, которые могут действовать в течение многих лет. В таких соглашениях не прописаны условия внесения очередных платежей; вместо этого они погашаются на основе понесенных за квартал сумм расходов. ВОЗ регистрирует полную сумму поступлений в том финансовом году, в котором было заключено соглашение, и признает полную сумму дебиторской задолженности в качестве подлежащей оплате на данный момент. По состоянию на 31 декабря 2015 г. общая сумма дебиторской задолженности, подлежащей оплате на данный момент в соответствии с описанным механизмом, составляла 357,9 млн. долл. США, из которых 66,2 млн. долл. США подлежали выплате по соглашениям со сроком действия до 2017 г. и позднее.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Начальное сальдо – обязательные взносы	43 453	42 407
Увеличение резерва на сомнительную дебиторскую задолженность	4 848	1 046
Конечное сальдо – обязательные взносы	48 301	43 453
Начальное сальдо – добровольные взносы	11 673	11 698
Списание ранее созданной дебиторской задолженности	(9 145)	–
Увеличение/(уменьшение) резерва на сомнительную дебиторскую задолженность	651	(26)
Конечное сальдо – добровольные взносы	3 179	11 673
Итого резерв на сомнительную дебиторскую задолженность	51 480	55 126
Резерв на сомнительную дебиторскую задолженность		
Резерв – текущий	28 441	28 126
Резерв – долгосрочный	23 039	27 000
Итого резерв на сомнительную дебиторскую задолженность	51 480	55 126

4.4 Дебиторская задолженность по расчетам с сотрудниками

В соответствии с Положениями о персонале и Правилами о персонале сотрудники ВОЗ имеют право на некоторые авансовые выплаты, в том числе в счет окладов, пособий на образование, аренды и оплаты путевых расходов.

Общее сальдо дебиторской задолженности по расчетам с сотрудниками на 31 декабря 2015 г. составило 10,7 млн. долл. США (на декабрь 2014 г. – 10,4 млн. долл. США). Самое крупное по сумме сальдо по субсидиям на образование касается авансовых выплат сотрудникам за 2015 г. в рамках 2015–2016 учебного года.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Авансы в счет окладов	839	780
Авансы в счет арендной платы	7 724	7 607
Дебиторская задолженность по путевым расходам	1 514	1 543
Другая дебиторская задолженность по расчетам с сотрудниками	544	400
Авансы в счет арендной платы	81	116
Итого дебиторская задолженность по расчетам с сотрудниками	10 702	10 446

4.5 Товарно-материальные запасы

Общая стоимость запасов на 31 декабря 2015 г. составила 53,2 млн. долл. США (на 31 декабря 2014 г. – 50,4 млн. долл. США).

В таблице ниже показано движение по счету товарно-материальных запасов в течение года.

Описание	31 декабря 2014 г.	Чистые приобретения	Чистые поставки	Чистые выбытия и истечение срока годности	Чистые запасы в пути	31 декабря 2015 г.
тыс. долл. США						
Лекарства, вакцины и гуманитарная помощь	43 626	64 432	63 140	2 419	4 599	47 098
Публикации	6 791	6 270	5 420	1 587		6 054
Итого запасы	50 417	70 702	68 560	4 006	4 599	53 152

Общая сумма расходов, связанных с товарно-материальными запасами, в течение отчетного периода (чистые поставки, чистое выбытие и истечение срока годности) составила 72,6 млн. долл. США (на 31 декабря 2014 г. – 56 млн. долл. США). Расходы, связанные с товарно-материальными запасами, отражаются в Отчете о финансовых результатах деятельности (Отчет II) как "Медицинские принадлежности и материалы". Сальдо запасов на конец года включает расходы на транспортировку в размере 14%.

4.6 Предоплата и депозиты

Общая сумма предоплаты на 31 декабря 2015 г. составила 12,4 млн. долл. США (на 31 декабря 2014 г. – 0,4 млн. долл. США). Речь идет о выплатах поставщикам до фактического получения товаров или услуг. Поставщики технических услуг часто требуют заблаговременную оплату для финансирования работ во время осуществления проекта. После фактической поставки товаров или услуг предоплата проводится по счетам соответствующих расходов.

Предоплата включает депозиты в размере 0,2 млн. долл. США (0,2 млн. долл. США на 31 декабря 2014 г.). Депозиты представляют собой гарантийные суммы, удерживаемые арендодателями в качестве обеспечения оплаты за аренду служебных помещений.

4.7 Основные средства

В отношении учета основных средств ВОЗ воспользовалась переходным положением МСУГС 17 (Основные средства), которое предоставляет отсрочку продолжительностью до пяти лет для полного признания основных средств. В 2015 году ВОЗ были признаны находящиеся в собственности земельные участки, здания и сооружения в региональных бюро и страновых отделениях. Все остальные активы были проведены по расходной части на момент приобретения.

По состоянию 31 декабря 2015 г. общая стоимость признанных земельных участков, зданий и сооружений (за вычетом накопленной амортизации) составляла 65,1 млн. долл. США (на 31 декабря 2014 г. – 64 млн. долл. США). Рост обусловлен в том числе новыми приобретениями и текущими проектами строительства на сумму 3,3 млн. долл. США.

В тех случаях, когда у ВОЗ отсутствовали права собственности на землю, право пользования землей предоставлялось безвозмездно. Никаких поступлений в этих случаях не признавалось, поскольку Организация не может передать эти права в рамках коммерческой сделки.

Основное бюро	31 декабря 2014 г.	Приобретения	Выбытие	Обеспечение	Амортизация	Продолжаю- щееся строительство	31 декабря 2015 г.
тыс. долл. США							
Штаб-квартира							
Земельные участки	1 000						1 000
Сооружения	39 354		(77)		(1 111)	210	38 376
Итого недвижимое имущество – штаб-квартира	40 354		(77)		(1 111)	210	39 376
Региональное бюро для стран Африки							
Земельные участки	14						14
Сооружения	4 450	234			(195)		4 489
Итого недвижимое имущество – Региональное бюро для стран Африки	4 464	234			(195)		4 503
Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии							
Сооружения	201				(29)		172
Итого недвижимое имущество – Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии	201				(29)		172
Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья							
Сооружения	17 233				(340)	2 874	19 767
Итого недвижимое имущество – Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья	17 233				(340)	2 874	19 767
Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана							
Сооружения	1 741				(435)		1 306
Итого недвижимое имущество – Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана	1 741				(435)		1 306
Итого ВОЗ							
Земельные участки	1 014						1 014
Сооружения	62 979	234	(77)		(2 110)	3 084	64 110
Итого недвижимое имущество – ВОЗ	63 993	234	(77)		(2 110)	3 084	65 124

В 2015 г. новое оборудование на сумму 22,1 млн. долл. США было признано в реестре активов, в том числе впервые закупаемое оборудование из Африканского региона. В эту категорию входят только отдельные объекты стоимостью выше 5000 долл. США, которые отражаются в Отчете о финансовых результатах деятельности (Отчет II) в строке "Оборудование, автотранспорт и мебель". Тем не менее, ввиду использования ВОЗ переходного положения, эти приобретения были проведены по расходной части на момент приобретения. Переходный период истекает 31 декабря 2016 года. По состоянию на 1 января 2017 г. активы будут капитализироваться, исходя из оставшегося срока полезного использования. Начальное сальдо для основных средств будет пересчитано соответствующим образом. В таблице ниже приводятся данные по таким основным средствам.

Описание	Всего
тыс. долл. США	
Транспортные средства	15 829
Сетевое оборудование	2 054
Аудиовизуальное оборудование	1 023
Офисная техника	563
Компьютерное оборудование	381
Оборудование для обеспечения безопасности	283
Оборудование связи	111
Мебель, принадлежности и материалы	81
Прочее оборудование	1 805
Итого новое оборудование	22 130

4.8 Нематериальные активы

Стоимость нематериальных активов на 31 декабря 2015 г. составила 2,8 млн. долл. США (на 31 декабря 2014 г. – 2,8 млн. долл. США); основная часть этой суммы приходится на новые закупки.

Категория актива	31 декабря 2014 г.	Приобретения	Выбытия/ трансферы	Обесценение	Амортизация	31 декабря 2015 г.
тыс. долл. США						
Приобретенное ПО	113	2 732			(323)	2 522
Разрабатываемое ПО	2 689	185	(2 590)			284
Итого нематериальные активы	2 802	2 917	(2 590)		(323)	2 806

4.9 Взносы, полученные досрочно

Досрочно полученные взносы главным образом относятся к обязательным взносам государств-членов за 2016 г., которые были выплачены в 2015 г. Сальдо по досрочно полученным добровольным взносам отражает средства, которые были получены на основании соглашений, действие которых начинается в 2016 г. Неиспользованные и невыясненные поступления представляют собой суммы, которые были получены в 2015 г, но еще не были оприходованы по состоянию на 31 декабря 2015 года.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
тыс. долл. США		
Авансы в счет обязательных взносов ^a	46 145	46 441
Авансы в счет добровольных взносов ^b	5 587	8 465
Неоприходованные и невыясненные поступления	4 762	6 486
Другие авансы	586	314
Итого взносы, полученные досрочно	57 079	61 707

a. Для получения подробной информации о статусе сбора обязательных взносов см. документ A69/48.

b. Более подробная информация о добровольных взносах в разбивке по фондам и донорам представлена на веб-портале по программному бюджету ВОЗ и на сайте ВОЗ (<http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/voluntary-contributions/en/>).

4.10 Кредиторская задолженность

Кредиторская задолженность представляет собой общую сумму, подлежащую выплате поставщикам в разбивке по основным бюро по состоянию на 31 декабря 2015 года.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
тыс. долл. США		
Штаб-квартира	12 619	10 456
Региональное бюро для стран Африки	15 637	9 314
Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья	14 261	6 545
Европейское региональное бюро	2 861	1 201
Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии	4 664	1 704
Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана	3 555	2 359
Итого кредиторская задолженность	53 597	31 579

4.11 Кредиторская задолженность по расчетам с сотрудниками

Кредиторская задолженность по расчетам с сотрудниками представляет собой общую сумму, подлежащую выплате персоналу по состоянию на 31 декабря 2015 года. Кредиторская задолженность по окладам представляет собой средства, подлежащие выплате сотрудникам после окончательного оформления ими обходных листов. Банковские перечисления представляют собой причитающиеся сотрудникам средства, которые будут выплачены после получения обновленной информации о банковских счетах.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Кредиторская задолженность по окладам	1 712	1 309
Банковские возвраты	278	220
Путевые расходы к оплате	166	248
Итого кредиторская задолженность по расчетам с сотрудниками	2 156	1 777

4.12 Начисленные выплаты сотрудникам

Начисленные выплаты сотрудникам включают выходные пособия, выплаты по плану медицинского страхования и обязательства, возникшие по причине смерти или инвалидности сотрудника в период службы (Специальный фонд для компенсации).

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Начисленные выплаты сотрудникам - текущие		
Выходные пособия	46 142	55 247
Специальный фонд для компенсации	580	576
Всего начисленные выплаты сотрудникам – текущие	46 722	55 823
Начисленные выплаты сотрудникам – долгосрочные		
Выходные пособия	59 388	58 479
Специальный фонд для компенсации	14 106	13 100
Медицинское страхование сотрудников	914 055	866 127
Всего начисленные выплаты сотрудникам – долгосрочные	987 549	937 706
Начисленные выплаты сотрудникам		
Выходные пособия	105 530	113 726
Специальный фонд для компенсации	14 686	13 676
Медицинское страхование сотрудников	914 055	866 127
Итого начисленные выплаты сотрудникам	1 034 271	993 529

Выходные пособия

Фонд выходных пособий был создан для финансирования выходных пособий сотрудников, включая субсидии на репатриацию, компенсацию за накопленный ежегодный отпуск, оплату проезда и перевозки вещей при возвращении на родину. Фонд выходных пособий финансируется за счет отчислений с заработной платы сотрудников.

Обязательства, вытекающие из выплаты пособий на репатриацию и компенсаций за ежегодные отпуска, определяются независимыми консультантами-актуариями. Вместе с тем, обязательства по компенсации за накопленный отпуск рассчитываются на данный момент времени – то есть как если бы все сотрудники вышли в отставку прямо сейчас – и поэтому не дисконтируются.

По данным последней актуарной оценки (по состоянию на 31 декабря 2015 г.), полный совокупный объем обязательств по выплатам выходных пособий составляет 105,5 млн. долл. США (из них

краткосрочные обязательства в сумме 46,1 млн. долл. США и долгосрочные обязательства в сумме 59,4 млн. долл. США), тогда как по состоянию на 31 декабря 2014 г. этот показатель составил 113,7 млн. долл. США. Этот расчет не включает расходов на выплату субсидии в связи с прекращением службы или увольнением по взаимному согласию при упразднении должностей. Обязательство по планам с установленными выплатами составило 67,4 млн. долл. США (на 31 декабря 2014 г. – 65,2 млн. долл. США) в отношении выходных пособий и 38,1 млн. долл. США (на 31 декабря 2014 г. – 48,5 млн. долл. США) в отношении ежегодных отпусков, которые включены в текущий баланс по статье выходных пособий.

В соответствии с актуарной оценкой чистое снижение на 8,2 млн. долл. США признано на основе характера расходов в Отчете о финансовых результатах деятельности (Отчет II).

Медицинское страхование сотрудников

Секретариат управляет планом медицинского страхования как самостоятельным хозяйствующим субъектом. Медицинское страхование персонала ВОЗ имеет собственную структуру управления и обеспечивает возмещение признанных по медицинским соображениям расходов на охрану здоровья, понесенных сотрудниками, вышедшими на пенсию сотрудниками и членами их семей, имеющими право на такое возмещение. Медицинское страхование персонала финансируется участниками (одна треть) и Организацией (две трети), а также за счет доходов от инвестиций.

Организация отчитывается по плану медицинского страхования сотрудников по типу вознаграждения по окончании трудовой деятельности. Все прибыли и убытки были признаны после принятия МСУГС 25 (Пособия сотрудникам). В дальнейшем прибыли и убытки (непредвиденные изменения профицита или дефицита) будут признаваться с течением времени по методу коридора. В соответствии с этим методом суммы, составляющие более 10% от обязательства по плану с установленными выплатами, не признаются, с тем чтобы предусмотреть для прибылей и убытков разумную вероятность со временем уравновесить друг друга. Прибыли и убытки в сумме более 10% от обязательства по плану с установленными выплатами амортизируются в течение среднего срока службы работающих сотрудников, которые, как предполагается, будут получать каждое пособие.

Размер обязательства с установленными выплатами по плану медицинского страхования на 2015 г. был определен профессиональными актуариями на основе предоставленных ВОЗ данных о персонале и накопленного опыта выплат. На 31 декабря 2015 г. не обеспеченное финансированием обязательство по плану с установленными выплатами составило 914 млн. долл. США (в 2014 г. – 866 млн. долл. США). В результате на расходы на персонал было дополнительно начислено 48 млн. долл. США.

Более подробную информацию о плане медицинского страхования сотрудников см. в ежегодном докладе о плане медицинского страхования сотрудников.

Специальный фонд для компенсации

В случае смерти или утраты трудоспособности в связи с выполнением служебных обязанностей сотрудника, имеющего право на компенсацию, все разумные расходы на медицинское обслуживание, госпитализацию и непосредственно связанные с этим расходы, а также расходы на погребение покрываются за счет Специального фонда для компенсации. Кроме того, из этого фонда будет выплачиваться компенсация утратившим трудоспособность сотрудникам (в течение срока потери трудоспособности) или членам семей умерших сотрудников.

ВОЗ отчитывается по Специальному фонду для компенсации как по типу вознаграждения после окончания трудовой деятельности. Все прибыли и убытки были незамедлительно признаны после принятия МСУГС 25 (Пособия сотрудникам). В дальнейшем прибыли и убытки (непредвиденные изменения профицита или дефицита) признаются с течением времени по методу коридора. Для целей бухгалтерского учета план считается не обеспеченным финансированием (размер обязательства не уменьшается на сумму активов плана).

В соответствии с результатами актуарной оценки общая сумма обязательств составила 14,7 млн. долл. США на 31 декабря 2015 г. и 13,7 млн. долл. США на 31 декабря 2014 года. Как следствие, в Отчете о финансовых результатах деятельности (Отчет II) было признано дополнительное начисление в сумме 1 млн. долл. США по характеру расходов.

Актuarная сводка обязательств по выходным пособиям, плану медицинского страхования сотрудников и Специальному фонду для компенсации (тыс. долл. США)

Описание	Выходные пособия (не включая накопленный отпуск)	Медицинское страхование сотрудников	Специальный фонд для компенсации
Сверка обязательства по плану с установленными выплатами			
Обязательство по планам с установленными выплатами на 31 декабря 2014 г.	65 191	1 697 955	17 438
Расходы на обслуживание	7 474	77 594	843
Расходы на проценты	1 792	46 292	497
Фактические валовые выплаты в 2015 г.	(5 126)	(34 070)	(667)
Фактические административные расходы		(2 883)	
Фактические взносы участников		10 284	
Актuarные (прибыли)/потери	(1 958)	(117 159)	(2 565)
Обязательство по планам с установленными выплатами на 31 декабря	67 373	1 678 013	15 546
Сверка активов			
Активы на 31 декабря 2014 г.		595 541	
Фактические валовые выплаты в 2015 г.	(5 126)	(58 850)	(667)
Фактические административные расходы		(4 198)	
Взносы Организации в течение 2015 г.	5 126	60 415	667
Взносы участников в течение 2015 г.		32 633	
Увеличение/уменьшение обязательств по резерву 470.1		(4)	
Ожидаемый доход на активы		30 580	
Прибыли/(потери) на активы		(47 591)	
Активы на 31 декабря 2015 г.		608 526	
Сверка статуса обязательств, не обеспеченных финансированием			
Обязательство по планам с установленными выплатами			
Активное	67 373	896 111	3 750
Пассивное		781 902	11 796
Итого, обязательство по планам с установленными выплатами	67 373	1 678 013	15 546
Активы плана			
Валовые активы плана		(629 376)	
Зачет обязательства ВОЗ по резерву 470.1		20 850	
Итого, активы плана		(608 526)	
Дефицит/(профицит)	67 373	1 069 487	15 546
Непризнанные прибыли/(потери)		(155 432)	(860)
Чистые обязательства (активы), признанные в Отчете о финансовом положении	67 373	914 055	14 686
Текущие обязательства	7 985		580
Долгосрочные обязательства	59 388	914 055	14 106
Чистые обязательства (активы), признанные в Отчете о финансовом положении	67 373	914 055	14 686
Годовые расходы в 2015 г.			
Расходы на обслуживание	7 474	77 594	843
Расходы на проценты	1 792	46 292	497
Ожидаемый доход на активы		(30 580)	
Признание (прибыли)/убытков	(1 958)	11 285	334
Общая сумма расходов, признанная в Отчете о финансовых результатах деятельности	7 308	104 591	1 674
Ожидаемые взносы на 2016 г.			
Взносы ВОЗ	8 102	20 057	590
Взносы участников		41 951	
Итого ожидаемые взносы на 2016 г.	8 102	62 008	590

Анализ чувствительности в отношении медицинских расходов по плану медицинского страхования сотрудников

Расходы на обслуживание и расходы на проценты в 2015 г.	тыс. долл. США
Текущее допущение по медицинской инфляции минус 1%	94 995
Текущее допущение по медицинской инфляции	123 886
Текущее допущение по медицинской инфляции плюс 1%	163 991
Обязательство по планам с установленными выплатами на 31 декабря 2015 г.	тыс. долл. США
Текущее допущение по медицинской инфляции минус 1%	1 380 266
Текущее допущение по медицинской инфляции	1 678 013
Текущее допущение по медицинской инфляции плюс 1%	2 069 228

Актuarные методы и допущения

Каждый год Организация определяет и выбирает допущения и методы, которые будут использоваться актуариями в их оценке на конец года для определения потребностей в расходах и взносах, необходимых Организации для выплаты пособий сотрудникам. В соответствии с МСУГС 25 (Пособия сотрудникам) актуарные допущения подлежат раскрытию в финансовых отчетах. Кроме того, каждое актуарное допущение требуется раскрывать в абсолютном выражении.

Актuarии используют метод переноса на следующий срок для оценки обязательств на 2015 год. Как правило, полная переоценка проводится каждые три года; следующая полная переоценка планируется в конце 2016 года.

Дата измерения

Все планы 31 декабря 2015 г.

Ставка дисконтирования

Выходные пособия (кроме накопленного отпуска) Используемая ставка дисконтирования составляет 3,0% (снижение по сравнению с 2,9% в предыдущей оценке). На основе совокупных прогнозируемых выплат пособий исходя из предыдущей оценки с использованием весовых коэффициентов в 75% для кривой доходности Aon Hewitt AA Bond Universe и 25% для кривой доходности SIX Swiss Exchange по состоянию на 31 декабря 2015 года. Полученная ставка дисконтирования округляется до ближайшего 0,1%.

Медицинское страхование сотрудников 1,5% для Европы (сокращение по сравнению с 1,6% в предыдущей оценке); 4,5% для Америки (увеличение по сравнению с 4,1% в предыдущей оценке); 4,8% для других стран (увеличение по сравнению с 4,4% в предыдущей оценке).

Для Европы начиная с оценки на 31 декабря 2010 г. ВОЗ приняла подход с позиций кривой доходности для отражения ожидаемых денежных потоков от европейского основного бюро. Ставка представляет собой средневзвешенный показатель на базе ставки в 0,91% для кривой доходности SIX Swiss Exchange и ставки в 2,66% для кривой доходности iBoxx Euro Zone, с использованием весового коэффициента в две трети для первого показателя. Полученная ставка дисконтирования округляется до ближайшего 0,1%.

Для Америки и других стран ставки определяются с использованием кривой доходности на базе кривой Aon Hewitt AA Bond Universe. Начиная с оценки на 31 декабря 2015 г. ставки для Америки определяются в совокупности для ПАОЗ и АМРБ. Таким образом, ставки для Америки и других стран могут различаться из-за различающейся структуры ожидаемых денежных потоков из этих регионов. Для всех регионов итоговая ставка округляется до ближайшего 0,1%.

Специальный фонд для компенсации

Используемая ставка дисконтирования составляет 3,7% (повышение по сравнению с 2,9% в предыдущей оценке). На основе совокупных прогнозируемых выплат пособий исходя из предыдущей оценки с использованием весовых коэффициентов в 75% для кривой доходности Aon Hewitt AA Bond Universe и 25% для кривой доходности SIX Swiss Exchange по состоянию на 31 декабря 2015 года. Полученная ставка дисконтирования округляется до ближайшего 0,1%.

Ежегодные общие темпы инфляции

Выходные пособия (кроме накопленного отпуска)	Используемый уровень инфляции составляет 2,2%. На основе средневзвешенного уровня инфляции в 2,5% для Соединенных Штатов Америки и 1,1% для Швейцарии с весовыми коэффициентами в 75 и 25% соответственно. Полученный коэффициент инфляции округляется до ближайшего 0,1%.
Медицинское страхование сотрудников	1,4% для Европы, 2,5% для Америки и 2,5% для других стран. На основе 10-летнего прогноза допущений глобального рынка капитала Aon Hewitt's на третий квартал 2015 года. Коэффициент инфляции для Европы рассчитывается как среднее арифметическое между коэффициентом инфляции для Швейцарии (1,1%) и коэффициентом инфляции для остальных стран Европы (1,6%), округленное до ближайшего 0,1%. Коэффициент инфляции для Америки и других стран определяется на основании оценки ОПФПООН по состоянию на 31 декабря 2013 года.
Специальный фонд для компенсации	Используемый уровень инфляции составляет 2,2%. На основе средневзвешенного уровня инфляции в 2,5% для Соединенных Штатов Америки и 1,1% для Швейцарии с весовыми коэффициентами в 75 и 25% соответственно. Полученный коэффициент инфляции округляется до ближайшего 0,1%.

Шкала годовых окладов

Все планы:	Общая инфляция плюс 0,5% в год на увеличение производительности плюс увеличения надбавок за выслугу лет. Увеличения производительности и надбавок за выслугу лет равняются тем, которые использовались в оценке ОПФПООН по состоянию на 31 декабря 2013 года.
------------	---

Региональные группы для всех целей, кроме затрат на требования

Выходные пособия (кроме накопленного отпуска)	Неприменимы
Медицинское страхование сотрудников	На основе: Европейское региональное бюро, штаб-квартира, которые сгруппированы как Европа; Региональное бюро для стран Америки для региона Северной и Южной Америки; и Африканский регион, Регион Восточного Средиземноморья и Регион Юго-Восточной Азии, а также Регион Западной части Тихого океана, которые сгруппированы как другие страны.
Специальный фонд для компенсации	Неприменим

Оплата проезда и перевозки вещей при возвращении на родину

Выходные пособия (кроме накопленного отпуска)	Рассчитано с использованием метода прогнозируемой условной единицы пропорционально продолжительности срока службы с даты вступления в должность по дату выхода в отставку.
Медицинское страхование сотрудников	Неприменимо
Специальный фонд для компенсации	Неприменим

Субсидия на репатриацию, выходное пособие и пособие в случае смерти

Выходные пособия (кроме накопленного отпуска)	Рассчитано с использованием прогнозируемой условной единицы пропорционально коэффициенту начисления.
Медицинское страхование сотрудников	Неприменимо
Специальный фонд для компенсации	Неприменим

Накопленный отпуск

Выходные пособия (кроме накопленного отпуска)	Обязательство установлено на уровне, равном обязательству на данный момент времени – как если бы все сотрудники вышли в отставку прямо сейчас.
Медицинское страхование сотрудников	Неприменимо
Специальный фонд для компенсации	Неприменим

Упразднение должности, субсидия в связи с прекращением службы и увольнение по взаимному согласию

Выходные пособия (кроме накопленного отпуска)	Эти пособия рассматриваются как выходное пособие в соответствии с МСУГС 25 и, следовательно, исключены из оценки.
Медицинское страхование сотрудников	Неприменимо
Специальный фонд для компенсации	Неприменим

Объединенный пенсионный фонд персонала Организации Объединенных Наций

Согласно Положениям Пенсионного фонда Правление фонда обязано обеспечить проведение актуарием-консультантом актуарной оценки Фонда по крайней мере один раз в три года. На практике Правление фонда проводит актуарные оценки через каждые два года методом агрегирования по открытой группе. Основная цель актуарной оценки заключается в том, чтобы определить, будут ли нынешние и прогнозируемые будущие активы Пенсионного фонда достаточными для выполнения его обязательств.

Финансовые обязательства ВОЗ перед ОПФПООН заключаются в выплате ее обязательного взноса по ставке, которую устанавливает Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций (в настоящее время 7,9% для участников и 15,8% для участвующих организаций), а также ее доли в любых платежах в счет покрытия актуарного дефицита на основании статьи 26 Положений Пенсионного фонда. Такие платежи в счет покрытия актуарного дефицита подлежат осуществлению только в том случае, если когда-либо Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций потребует применить положение статьи 26 после констатации необходимости в погашении дефицита на основе оценки актуарной достаточности Фонда на дату оценки. Каждая участвующая организация покрывает долю такого дефицита, пропорциональную общим взносам каждой из таких организаций за последние три года до даты оценки.

Оценка на 31 декабря 2013 г. выявила актуарный дефицит в размере 0,72% (1,87%, по данным оценки 2011 г.) засчитываемого для пенсии вознаграждения, из чего следует, что гипотетический уровень взносов для достижения баланса по состоянию на 31 декабря 2013 г. должен был составить 24,42% засчитываемого для пенсии вознаграждения, по сравнению с фактической ставкой взносов в размере 23,7%. Результаты актуарной оценки, выполненной по состоянию на 31 декабря 2015 г., пока не опубликованы.

На 31 декабря 2013 г. обеспеченное финансированием отношение актуарных активов к актуарным пассивам, если исходить из того, что какой-либо корректировки пенсий в будущем производиться не будет, составило 127,5% (130,0%, по данным оценки 2011 года). Это же обеспеченное финансированием отношение составило 91,2% (86,2%, по данным оценки 2011 г.), если принять во внимание нынешнюю систему корректировки пенсий.

После оценки актуарной достаточности активов Фонда актуарий-консультант пришел к выводу о том, что по состоянию на 31 декабря 2013 г. каких-либо платежей для погашения дефицита в соответствии со статьей 26 Положений Фонда не требуется, так как актуарная стоимость активов превышает актуарную стоимость всех накопленных обязательств по линии Фонда. Кроме того, рыночная стоимость активов также превышала актуарную стоимость всех накопленных обязательств на дату оценки. На момент составления настоящего доклада Генеральная Ассамблея не задействовала положение статьи 26.

В декабре 2012 г. и апреле 2013 г. Генеральная Ассамблея постановила повысить как обычный возраст выхода на пенсию, так и обязательный возраст выхода в отставку для новых участников Фонда до 65 лет не позднее 1 января 2014 года. Соответствующее изменение в Положениях Пенсионного фонда было одобрено Генеральной Ассамблеей в декабре 2013 года. Увеличение обычного возраста выхода на пенсию будет отражено в актуарной оценке Фонда по состоянию на 31 декабря 2013 года.

В течение 2015 г. ВОЗ выплатила в ОПФПООН взносы в размере 155,9 млн. долл. США (в 2014 г. – 154,3 млн. долл. США). Ожидаемая сумма взносов в 2016 г. должна составить 150 млн. долл. США.

Комиссия ревизоров Организации Объединенных Наций проводит ежегодные ревизии Пенсионного фонда и представляет ежегодные доклады о ревизиях Правлению Пенсионного фонда. ОПФПООН публикует ежеквартальные отчеты о своих инвестициях, которые доступны на сайте ОПФПООН по адресу www.unjspf.org.

4.13 Доходы будущих периодов

Доходы будущих периодов по добровольным взносам представляют собой долгосрочные соглашения, которые были подписаны в 2015 г. или ранее, но признание доходов по которым было отложено до

будущих финансовых периодов. Баланс по добровольным взносам поделен на краткосрочный и долгосрочный в зависимости от того, когда средства станут доступны для использования Организацией¹.

Доходы будущих периодов по возмещаемым закупкам касаются признанных поступлений денежных средств за товары или услуги, которые не были поставлены заказавшим их сторонам на конец года. Поскольку возмещаемые закупки представляют собой возмездную обменную операцию, доход учитывается по методу начисления. Вся сумма доходов будущих периодов по статье возмещаемых закупок является краткосрочной.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Добровольные взносы	300 514	303 414
Возмещаемые закупки	38 904	63 429
Всего доходы будущих периодов – текущие	339 418	366 843
Добровольные взносы	197 472	282 289
Всего доходы будущих периодов – долгосрочные	197 472	282 289
Итого доходы будущих периодов	536 890	649 132

4.14 Прочие текущие обязательства

Общее сальдо по статье прочих текущих обязательств по состоянию на 31 декабря 2015 г. составило 108,8 млн. долл. США (на 31 декабря 2014 г. – 42,7 млн. долл. США). Самая большая доля приходится на различные начисления на конец года на общую сумму 72,6 млн. долл. США; в основном это начисленные суммы по неотфактурованным товарам и услугам и возвраты, то есть остатки средств, подлежащие перечислению донорам после завершения программ. Другие суммы, указанные в таблице ниже, включают подлежащие погашению страховые выплаты в размере 13 млн. долл. США, а также другие обязательства в размере 17,6 млн. долл. США, состоящие из различных краткосрочных обязательств.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Начисленная сумма по неотфактурованным товарам и услугам	62 551	26 347
Начисленная сумма по расходам на реструктуризацию	3 188	3 935
Начисленные обязательства по выплатам сотрудникам	3 469	1 841
Начисленные обязательства по возврату средств	3 376	1 978
Кредиторская задолженность по пенсиям	2 067	307
Кредиторская задолженность по страхованию	12 951	2 561
Благотворительные фонды	3 530	3 535
Прочие обязательства	17 615	2 213
Итого прочие текущие обязательства	108 747	42 717

Сальдо по статье благотворительных фондов касается средств, вверенных в доверительное управление ВОЗ, и средств, за которые Организация отвечает в плане административно-финансового управления. На 31 декабря 2015 г. в доверительном управлении находились следующие фонды:

- Фонд Премии за исследования в области синдрома Дауна в Регионе Восточного Средиземноморья;
- Фонд д-ра А. Т. Шуша;

¹ Более подробная информация о добровольных взносах в разбивке по фондам и донорам представлена на веб-портале по программному бюджету ВОЗ и на сайте ВОЗ (<http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/voluntary-contributions/en/>).

- Премия д-ра Комлана А. А. Кенума в области общественного здравоохранения;
- Фонд Ихсана Дограмачи для охраны здоровья семьи;
- Фонд Жака Паризо;
- Фонд Леона Бернара;
- Стипендии Франческо Поккиари;
- Фонд Премии Государства Кувейт за борьбу против рака, сердечно-сосудистых болезней и диабета в Регионе Восточного Средиземноморья;
- Фонд Государства Кувейт в области укрепления здоровья;
- Фонд здравоохранения Объединенных Арабских Эмиратов;
- Мемориальная премия д-ра ЛИ Чон-вука в области общественного здравоохранения.

4.15 Обязательства по расчетам между субъектами

ВОЗ является принимающей стороной ряда субъектов по соглашениям об административном обслуживании. Поскольку денежными средствами этих субъектов управляет Организация, в отношении средств, удерживаемых от их имени, существуют обязательства по расчетам с этими структурами. Общие суммы задолженности в разбивке по субъектам являются следующими.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Медицинское страхование сотрудников	60 341	29 093
Международный вычислительный центр	15 490	19 344
Международный механизм для закупок лекарственных средств	783 021	852 883
Африканская программа по борьбе с онхоцеркозом	6 171	1 487
Доверительный фонд для Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу	143 888	184 751
Итого обязательства по расчетам между субъектами	1 008 911	1 087 558

4.16 Долгосрочные займы

Резолюция WHA55.8 и резолюция WHA56.13 предоставили полномочия по началу строительства нового здания штаб-квартиры, предназначенного для Организации и ЮНЭЙДС, сметной стоимостью 66 млн. шв. франков, из которых доля ВОЗ оценивается в 33 млн. шв. франков. Швейцарская Конфедерация согласилась предоставить Организации и ЮНЭЙДС беспроцентную ссуду в размере 59,8 млн. шв. франков, из которых доля ВОЗ составляет 29,9 млн. шв. франков. Всемирная ассамблея здравоохранения в упомянутых резолюциях также утвердила использование Фонда недвижимого имущества для возврата доли Организации в беспроцентной ссуде Швейцарской Конфедерации в течение 50-летнего периода, начиная с первого года после завершения строительства здания.

По состоянию на 31 декабря 2015 г. сумма непогашенного кредита составила 27,5 млн. долл. США (на 31 декабря 2014 г. – 21,7 млн. долл. США) и включала следующие позиции:

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Здание ВОЗ/ЮНЭЙДС	21 592	21 671
Здание штаб-квартиры ВОЗ	5 885	
Итого долгосрочные займы	27 477	21 671

В 2015 г. Организация подписала новый кредитный договор на сумму 14 млн. долл. США, который был приурочен к этапу планирования обновленной стратегии ремонта женевских зданий ВОЗ во исполнение решения WHA67(12), из которых на 31 декабря 2015 г. получено 5,9 млн. долл. США.

Непогашенная сумма кредита на ремонт здания ЮНЭЙДС в размере 21,6 млн. долл. США отражается на амортизированной стоимости с использованием эффективной процентной ставки в размере 0,7% (0,81% в 2014 г.), применимой в отношении 30-летних облигаций Швейцарской Конфедерации. Из общей суммы задолженности по кредиту в течение следующих 12 месяцев подлежит погашению сумма в размере 0,6 млн. долл. США.

5. Дополнительная информация к Отчету о финансовых результатах деятельности

5.1 Поступления

Обязательные взносы

Сумма обязательных взносов в 2015 г. составила 463 млн. долл. США¹ (в 2014 г. – 492 млн. долл. США).

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Обязательные взносы	467 499	492 912
Увеличение резерва на сомнительную дебиторскую задолженность	(4 848)	(1 046)
Обязательные взносы за вычетом резерва	462 651	491 866

В мае 2013 г. Всемирная ассамблея здравоохранения на своей Шестидесяти шестой сессии приняла резолюцию об ассигнованиях на финансовый период 2014–2015 гг.², в которой она приняла к сведению общий эффективный бюджет в размере 3977 млн. долл. США. В той же резолюции Всемирная ассамблея здравоохранения также постановила, что общая начисленная сумма обязательных взносов государств-членов на финансовый период 2014–2015 гг. составит 929 млн. долл. США.

В соответствии с резолюцией WHA66.16 в 2014 г. обязательные взносы впервые были деноминированы наполовину в швейцарских франках, наполовину – в долларах США. Если общие ежегодные обязательные взносы государства-члена составляют 200 000 долл. США или более, то такие взносы деноминируются наполовину в долларах США, наполовину – в швейцарских франках. Если общие ежегодные обязательные взносы государства-члена менее 200 000 долл. США, то такие взносы деноминируются только в долларах США. Общая сумма обязательных взносов за 2015 и 2014 гг. составила 479 млн. долл. США, или по курсу на май 2013 г. – 242 млн. долл. США и 222 млн. шв. франков в год. Взносы выплачиваются с 1 января, поэтому доля, деноминированная в швейцарских франках, была учтена по курсу на январь 2015 г., результатом чего стал убыток от курсовой разницы в размере 12 млн. долл. США. В результате общая сумма обязательных взносов составила 467 млн. долл. США.

Добровольные взносы

Сумма добровольных взносов в 2015 г. составила 1838 млн. долл. США (в 2014 г. – 2052 млн. долл. США).

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Добровольные взносы	1 839 094	2 051 885
Увеличение/(уменьшение) резерва на сомнительную дебиторскую задолженность	(651)	26
Добровольные взносы за вычетом резерва	1 838 443	2 051 911

¹ Более подробную информацию о положении дел со сбором обязательных взносов см. в документе А69/48.

² Резолюция WHA66.2.

Эти взносы представляют собой признанные поступления от правительств, межправительственных организаций, учреждений, других организаций системы Организации Объединенных Наций, а также от неправительственных организаций. Значительная часть поступлений, учтенных в 2015 г., связана с соглашениями, которые продолжают действовать в последующие годы¹.

Указанная итоговая сумма добровольных взносов в размере 1838 млн. долл. США получена после вычета (i) возвратов донорам, составивших 33,9 млн. долл. США (в 2014 г. – 27,7 млн. долл. США), (ii) сокращений признанных в предыдущие годы поступлений по причине получения в текущем году информации о том, что собрать эти суммы не удастся, что составило 19,5 млн. долл. США (в 2014 г. – 41,8 млн. долл. США), а также (iii) после корректировки условий оплаты, в результате чего доходы будущих периодов выросли, а доходы текущего периода по признанным в предыдущие годы поступлениям снизились, что составило 1,0 млн. долл. США (в 2014 г. – 3,8 млн. долл. США).

Добровольные взносы в натуральной форме и в виде услуг

ВОЗ получает неденежные взносы от государств-членов и других доноров. В 2015 г. сумма взносов, полученных Организацией натурой или услугами, составила 129,9 млн. долл. США (50,3 млн. долл. США по состоянию на 31 декабря 2014 г.)¹.

В 2015 г. расходы в натуральной форме и в виде услуг составили 126,2 млн. долл. США (см. Отчет V). Разница между поступлениями и расходами в натуральной форме в размере 3,7 млн. долл. США (в 2014 г. – 1,08 млн. долл. США) соответствует полученным от Международной координационной группы вакцинам от холеры, менингита и желтой лихорадки. Этот взнос натурой был проведен по донорскому счету, с тем чтобы в будущем для приобретения вакцин можно было выделить средства из Фонда реагирования на вспышки заболеваний и кризисы и Фонда добровольных взносов.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Медицинские принадлежности и материалы – натурой	96 678	22 114
Служебные помещения – натурой	13 466	12 626
Услугами	19 769	15 531
Итого добровольные взносы натурой и в виде услуг	129 913	50 271

Кроме того, правительства принимающих государств, в которых работает ВОЗ, предоставляют земельные участки в безвозмездное пользование или за символическую арендную плату. Поскольку право владения землей не передается, пользование землей не отражается в финансовой отчетности. В приведенной ниже таблице указаны города, в которых участки земли были предоставлены в распоряжение ВОЗ для строительства или покупки помещений.

Регион	Страна	Город
Штаб-квартира	Швейцария	Женева
АФРБ	Экваториальная Гвинея	Малабо
АФРБ	Республика Южный Судан	Джуба
ВСРБ	Египет	Каир
ВСРБ	Афганистан	Кабул
ВСРБ	Пакистан	Исламабад
ВСРБ	Иордания	Амман
ВСРБ	Тунис	Тунис
ВСРБ	Сомали	Гароэ
ЮВАРБ	Индия	Нью-Дели
ЗТОРБ	Филиппины	Манила

¹ Более подробная информация о добровольных взносах в разбивке по фондам и донорам представлена на веб-портале по программному бюджету ВОЗ и на сайте ВОЗ (<http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/voluntary-contributions/en/>).

Возмещаемые закупки

ВОЗ закупает лекарственные средства и вакцины от имени государств-членов и других учреждений Организации Объединенных Наций. Общий объем поступлений и расходов, признанных в 2015 г. по статье возмещаемых закупок, составил 26,2 млн. долл. США (в 2014 г. – 12,9 млн. долл. США) после вычета возмещений донорам в размере 4,1 млн. долл. США (в 2014 г. – 0,8 млн. долл. США). Остаток полученных авансом сумм по статье возмещаемых закупок учитывается в качестве доходов будущих периодов. Доходы и расходы, связанные с возмещаемыми закупками, образуют часть Фонда предпринимательства и не регистрируются по программному бюджету.

Прочие операционные поступления

В 2015 г. общая сумма прочих операционных поступлений составила 18 млн. долл. США (15,6 млн. долл. США по состоянию на 31 декабря 2014 г.). В основном это средства от размещения таких организаций, как ЮНЭЙДС, ЮНИТЭЙД, МВЦ и АПБО. Другие источники доходов включают продажу публикаций и получение роялти.

5.2 Расходы

Расходы на персонал

Расходы на персонал и другие расходы, связанные с персоналом, равняются общей стоимости найма сотрудников во всех местах службы и включают базовые оклады, коррективы по месту службы и любые другие виды пособий (например, пенсии и страховые взносы), выплачиваемые Организацией. Расходы на персонал также включают изменение актуарных обязательств по медицинскому страхованию персонала, которое признано в Отчете о финансовых результатах деятельности (Отчет II).

Медицинские принадлежности и материалы

Основная часть средств по статье медицинских принадлежностей и материалов относится к предметам снабжения медицинского назначения, приобретенным и распределенным ВОЗ для осуществления программной деятельности. Медицинские принадлежности и материалы включают расходы в натуральной форме на сумму 96,7 млн. долл. США (22,1 млн. долл. США по состоянию на 31 декабря 2014 г.) и расходы на возмещаемые закупки на сумму 26,2 млн. долл. США (12,9 млн. долл. США по состоянию на 31 декабря 2014 г.).

Услуги по контрактам

Сумма по статье услуг по контрактам представляет собой выплаты поставщикам за предоставляемые услуги. Основными компонентами являются непосредственное выполнение, соглашения о производстве работ, контракты на оказание консультативных услуг или контракты о специальном обслуживании, заключенные с отдельными лицами от имени Организации. Проведение медицинских исследований, стипендии и расходы на обеспечение безопасности также считаются услугами по контрактам.

Перечисления и гранты

Перечисления и гранты контрагентам представляют собой безвозмездные контракты, подписанные с национальными партнерами (главным образом министерствами здравоохранения), и письма-соглашения, подписанные с другими партнерами на выполнение деятельности, соответствующей программному бюджету Организации. Перечисления и гранты правительственным министерствам также обозначаются с помощью термина "прямое финансовое сотрудничество" и признаются в качестве расходов в момент их перечисления контрактному партнеру. Партнеры обязаны отчитаться по использованию средств, с тем чтобы обеспечить расходование таких средств в соответствии с положениями контракта и сделать возможным осуществление операционного контроля на местах и выборочных проверок деятельности. ВОЗ оставляет за собой право прекратить дальнейшее финансирование получателей перечислений и грантов на основании проведенной оценки рисков или в случаях несоблюдения требований соглашения.

Путевые расходы

Общие путевые расходы включают расходы на поездки сотрудников ВОЗ, участников совещаний, не являющихся сотрудниками ВОЗ, консультантов и представителей государств-членов, оплачиваемые

Организацией. Они включают оплату авиабилетов, суточных и других расходов, связанных с поездками. Эта сумма не включает предусмотренную правилами оплату проезда в связи с отпуском на родину или пособие на образование, которые учитываются по статье расходов на персонал и других расходов, связанных с персоналом.

Общие операционные расходы

Общие операционные расходы представляют собой стоимость общих операций по поддержке страновых отделений, региональных бюро и штаб-квартиры, включая коммунальные услуги, телекоммуникации (расходы на стационарную телефонную связь, мобильную телефонию, Интернет и глобальную сеть), а также арендную плату.

Оборудование, автотранспорт и мебель

Поскольку ВОЗ решила воспользоваться переходным положением МСУГС 17 (Основные средства), Организация проводит по расходной части полную стоимость оборудования, автотранспортных средств и мебели в момент их получения, за исключением принадлежащих ей земельных участков, зданий и сооружений.

Износ и амортизация

Износ – это расходы, возникающие в результате планомерного списания амортизируемой стоимости основных средств в течение срока их полезного использования. По состоянию на 2015 г. износ учитывается для всех зданий Организации.

Амортизация – это расходы, возникающие в результате планомерного списания амортизируемой стоимости нематериальных активов в течение срока их полезного использования. В 2015 г. амортизация применяется к приобретенному программному обеспечению.

5.3 Финансовые поступления

Финансовые поступления включают пункты, перечисленные в следующей таблице.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г. ^а
	тыс. долл. США	
Поступления от инвестиций	20 820	20 128
Банковские сборы и сборы за управление инвестициями	(3 083)	(3 018)
Чистые реализованные курсовые прибыли (убытки)	284	31 680
Чистые нереализованные курсовые прибыли (убытки)	9 020	(63 146)
Прибыль (убыток) от актуарной переоценки Фонда выходных пособий	3 513	28 883
Актуарные расходы на проценты, связанные с переоценкой Фонда выходных пособий	(2 213)	(3 330)
Общая чистая финансовая прибыль (ВОЗ и другие организации)	28 341	11 197
Поступления от инвестиций и курсовые прибыли и убытки, распределенные другим организациям	(7 633)	(4 585)
Общая чистая финансовая прибыль для ВОЗ	20 708	6 612

а. Сравнительные данные были скорректированы для приведения в соответствие с представлением финансовой отчетности, принятой на текущий год; в результате имели место различия вследствие округления.

Общие финансовые поступления включают суммы, связанные с фондами, которыми ВОЗ управляет от имени других организаций (см. Примечание 4.15). Инвестиционные поступления других организаций отнесены на эти организации.

6. Дополнительная информация к Отчету об изменениях в чистых активах/собственном капитале

6.1 Регулярный бюджет

В данном примечании содержится информация о финансовых и смежных поступлениях в связи с обязательными взносами, наряду с информацией о перечислениях в Фонд регулирования налогообложения за 2015 г. (согласно решениям Всемирной ассамблеи здравоохранения, содержащимся, в частности, в резолюции WHA66.2). Состояние имеющихся средств (см. Таблицу ниже) показывает чистый профицит/(дефицит) по регулярному бюджету.

Описание	Фонд обязательных взносов государств-членов	Фонд регулирования налогообложения	Фонд оборотных средств	Всего
	тыс. долл. США			
Баланс на 1 января 2015 г.	52 818	(8 474)	31 000	75 344
Чистые обязательные взносы государств-членов	462 651			462 651
Выплаты по линии урегулирования налогообложения	(14 774)	14 774		–
Финансовые поступления	4 455			4 455
Прочие поступления	366			366
Программные расходы	(477 778)			(477 778)
Налоговые возмещения сотрудникам		(11 862)		(11 862)
Ассигнования в Фонд недвижимого имущества	(10 000)			(10 000)
Баланс на 31 декабря 2015 г.	17 738	(5 562)	31 000	43 176

Дополнительные данные по обязательным взносам приведены в Примечании 5.1.

В соответствии с резолюцией WHA66.2 сумма в 14,8 млн. долл. США была перечислена в Фонд регулирования налогообложения, а в соответствии с резолюцией WHA67.4 сумма в 10 млн. долл. США была перечислена в Фонд недвижимого имущества.

В резолюции WHA66.2 Всемирная ассамблея здравоохранения постановила сохранить размер Фонда оборотных средств на текущем уровне в 31 млн. долл. США.

В 2015 г. Фонд необязательных поступлений от государств-членов был объединен с Фондом обязательных взносов государств-членов.

6.2 Фонд специального счета расходов на обслуживание

Фонд специального счета расходов на обслуживание был создан для покрытия расходов на деятельность по обслуживанию, финансируемую из иных источников, чем бюджет обязательных взносов (то есть за счет добровольных взносов).

На счет этого фонда зачисляются доходы из следующих источников:

- в соответствии с резолюцией WHA34.17 расходы на поддержку программ финансируются из добровольных источников и рассчитываются как фиксированная процентная доля от общего объема расходов;
- соглашения об административном обслуживании с другими субъектами;
- процентный доход от добровольных фондов, как это описано в документе EB122/3.

Сводные данные по Фонду специального счета расходов на обслуживание представлены ниже.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Баланс на 1 января	264 447	193 823
Поступления		
Расходы на поддержку программ	169 244	143 964
Финансовые поступления	7 455	12 417
Соглашения об административном обслуживании с другими субъектами	6 041	5 259
Возмещение авансов ^a		274
Итого поступления	182 740	161 914
Расходы		
Расходы по персоналу и другие расходы, связанные с персоналом	80 554	58 122
Медицинские принадлежности и материалы	642	490
Услуги по контрактам	16 065	11 604
Перечисления и гранты контрагентам	726	(2)
Путевые расходы	4 281	1 050
Общие операционные расходы	33 039	16 031
Оборудование, автотранспорт и мебель	8 454	3 209
Итого расходы	143 761	90 504
За вычетом:		
Увеличение/(сокращение) резерва на сомнительную дебиторскую задолженность – добровольные взносы ^b	651	(26)
Трансферы в Фонд ИТ ^c		812
Баланс на 31 декабря	302 775	264 447

a. В 2014 г. из средств Фонда секретариату Рамочной конвенции по борьбе против табака был выделен аванс в размере 0,3 млн. долл. США. Аванс был возвращен в 2015 году.

b. В 2015 г. было зафиксировано увеличение резерва на сомнительную дебиторскую задолженность по линии добровольных взносов, см. Примечание 4.3.

c. 0,8 млн. долл. США было выделено на поддержку разработки и совершенствования ИТ-систем.

Ниже представлены расходы Фонда в разбивке по основным бюро.

Расходы в разбивке по основным бюро	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Глобальная и межрегиональная деятельность	54 123	42 412
Региональное бюро для стран Африки	30 245	15 796
Региональное бюро для стран Америки	5 756	3 721
Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья	15 485	11 921
Европейское региональное бюро	10 718	5 736
Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии	14 848	5 648
Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана	12 586	5 270
Итого расходы по основным бюро	143 761	90 504

6.3 Резервный фонд для чрезвычайных ситуаций

Этот фонд был учрежден резолюцией WHA68.51 на Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Целью данного фонда с целевой капитализацией в 100 млн. долл. США является предоставление временного финансирования для чрезвычайных операций на местах. Он будет финансироваться за счет добровольных взносов.

Сводные данные по этому фонду представлены ниже.

Описание	31 декабря 2015 г.
	тыс. долл. США
Баланс на 1 января	–
Поступления	
Взносы	14 296
Итого поступления	14 296
Расходы	
Путевые расходы	31
Итого расходы	31
Баланс на 31 декабря	14 265

6.4 Фонд предпринимательства

Этот фонд содержит счета для самофинансируемых видов деятельности. Поступления и расходы по этому фонду не включаются в отчетность по программному бюджету. Ниже приведены сводные данные по Фонду предпринимательства.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Фонд предпринимательства		
Оборотный фонд реализации	3 526	2 455
Концессионный фонд	2 981	2 450
Фонд страховых полисов	859	1 950
Фонд аренды гаражных мест	1 999	1 248
Итого Фонд предпринимательства	9 365	8 103

6.5 Специальный целевой фонд

Счета этого фонда представляют собой перечисления из Общего фонда или ассигнования Ассамблеи здравоохранения. Поступления и расходы по этому фонду не включаются в отчетность по программному бюджету. Ниже приведены сводные данные по Специальному целевому фонду.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Специальный целевой фонд		
Фонд недвижимого имущества	90 980	64 766
Фонд строительных займов (см. Приложения 4.16 и 6.7)	(2 525)	
Фонд безопасности	2 921	3 987
Фонд информационных технологий	12 009	8 875
Специальный фонд для компенсации	(7 362)	(5 629)
Фонд выходных пособий	(3 904)	(21 428)
Фонд не связанных с окладами выплат сотрудникам	20 756	18 502
Фонд для сборов, связанных с занятостью постов	8 150	14 669
Фонд возмещения расходов на внутреннее обслуживание	3 884	2 704
Фонд медицинского страхования сотрудников	(914 055)	(866 126)
Фонд пополнения запасов	9 480	4 495
Фонд для персонала по полиомиелиту	20 000	15 000
Итого специальный целевой фонд	(759 666)	(760 185)

6.5.a Фонд недвижимого имущества

Этот фонд был учрежден Всемирной ассамблеей здравоохранения в соответствии с резолюцией WHA23.14. Средства этого фонда используются для покрытия расходов на строительство новых зданий или пристроек к существующим зданиям; на приобретение, в случае необходимости, земельных участков; на капитальный ремонт и перестройку существующих административных зданий ВОЗ, а также жилых помещений, сдаваемых Организацией в аренду сотрудникам. Для приобретения земли и строительства или расширения зданий требуется специальное разрешение Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Сводные данные по этому фонду представлены ниже.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Баланс на 1 января	64 766	33 774
Поступления		
Ассигнования, полученные в соответствии с резолюцией WHA67.4 и резолюцией WHA63.7	10 000	25 000
Переводы средств в специальные проекты ^a	7 141	
Поступления от продаж	4 327	
Собранная арендная плата	2 253	3 464
Другие поступления	8 282	7 610
Итого поступления	32 003	36 074
Расходы		
Расходы по персоналу и другие расходы, связанные с персоналом	94	3
Медицинские принадлежности и материалы	51	27
Услуги по контрактам	1 201	1 998
Переводы и гранты	26	0
Путевые расходы	10	0
Общие операционные расходы	3 390	2 250
Оборудование, автотранспорт и мебель	1 017	804
Итого расходы	5 789	5 082
Баланс на 31 декабря	90 980	64 766

a. В 2015 г. в Фонд недвижимого имущества было переведено 5,2 млн. долл. США со стороны АФРБ и 1,9 млн. долл. США со стороны ЮВАРБ.

Ниже приведены данные по расходам Фонда недвижимого имущества.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Расходы в разбивке по основным бюро		
Штаб-квартира	2 126	2 542
Региональное бюро для стран Африки	956	1 267
Региональное бюро для стран Америки	203	500
Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья	1 626	408
Европейское региональное бюро	163	(132)
Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии	231	432
Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана	484	65
Итого расходы	5 789	5 082

6.6 Поручительский фонд

Этот фонд предназначен для средств, которые ВОЗ хранит в качестве поручителя или агента для других учреждений и которые не могут использоваться для поддержки собственных программ Организации. Фонд включает активы управляемых Организацией партнерств, бюджеты которых не утверждаются Ассамблеей здравоохранения. Ниже приведены сводные данные по Поручительскому фонду.

Описание	31 декабря 2015 г.	31 декабря 2014 г.
	тыс. долл. США	
Поручительский фонд		
Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака	7 226	9 578
Фонд Глобального механизма по обеспечению лекарственными средствами партнерства "Остановить туберкулез"		12 547
Фонд партнерства "Обратим вспять малярию"	4 540	9 987
Фонд Партнерства по охране здоровья матерей, новорожденных и детей	4 343	11 739
Фонд Постоянного комитета системы Организации Объединенных Наций по вопросам питания	305	989
Фонд Альянса по исследованиям в области политики и систем здравоохранения	15 779	18 772
Фонд Глобального альянса по трудовым ресурсам здравоохранения	2 205	2 344
Фонд партнерства "Остановить туберкулез" (см. Примечание 6.7)	2 298	16 851
Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения	5 417	3 048
Фонд ESPEN (см. Примечание 6.7)	761	
Итого Поручительский фонд	42 874	85 855

6.7 Изменения средств в Отчете III (Отчет об изменении в чистых активах/собственном капитале)

По состоянию на 31 декабря 2015 г. были созданы новые фонды, а ряд фондов находились в процессе закрытия.

Фонд строительных займов: новый фонд, созданный в 2015 г. для учета и отчетности по расходам, направляемым на ремонт и строительство нового здания в Женеве (см. Примечание 4.16).

Резервный фонд для чрезвычайных ситуаций: новый фонд, созданный в 2015 г. для предоставления временного финансирования для операций в чрезвычайных ситуациях на местах (см. Примечание 6.3).

Фонд ESPEN: новый фонд, созданный в 2015 г. после прекращения оперативной деятельности АПБО для управления деятельностью Расширенного специального проекта по искоренению забытых тропических болезней (ESPEN). Управление данным проектом будет осуществляться из Регионального бюро для стран Африки.

Партнерство "Остановить туберкулез" и Фонд Глобального механизма по обеспечению лекарственными средствами партнерства "Остановить туберкулез": начиная с 1 января 2015 г. административное управление партнерством "Остановить туберкулез" было передано Управлению Организации Объединенных Наций по обслуживанию проектов. Оставшаяся сумма, проводимая по отчетности согласно Примечанию 6.6, подлежит перечислению ЮНОПС сразу после окончательного согласования.

7. Дополнительная информация к Отчету о сравнении бюджетных и фактических сумм

В мае 2013 г. Ассамблея здравоохранения приняла резолюцию WHA66.2 о Программном бюджете на 2014–2015 гг., в которой она утвердила бюджет на финансовый период 2014–2015 гг. по всем источникам средств, а именно по обязательным и добровольным взносам в сумме 3977 млн. долл. США. Бюджет ВОЗ принимается на двухгодичной основе Всемирной ассамблеей здравоохранения. Каких-либо корректировок Программного бюджета на 2014–2015 гг. не производилось. Так как методология Организации строится на матрице конкретных результатов, утвержденный программный бюджет оценивается по расходам, понесенным в период, охватываемый этим программным бюджетом.

Бюджет и финансовая отчетность ВОЗ готовятся с использованием разных учетных методов. Отчет о финансовом положении (Отчет I), Отчет о финансовых результатах деятельности (Отчет II), Отчет об изменении в чистых активах/собственном капитале (Отчет III) и Отчет о движении денежных средств (Отчет IV) готовятся на основе метода полного начисления, в то время как Отчет о сравнении бюджетных и фактических сумм (Отчет V) составляется на основе модифицированного кассового метода (то есть показателем степени исполнения бюджета являются фактические расходы).

В соответствии с требованиями МСУГС 24 (Представление бюджетной информации в финансовой отчетности), если финансовая отчетность и бюджет подготовлены не на сопоставимой основе, то фактические суммы, представленные на основе сопоставимой с бюджетом информации, должны сверяться с фактическими суммами, представленными в финансовой отчетности, а все различия в методе учета, временные различия и различия в составе субъектов и форме представления отчетности должны указываться отдельно. Общий фонд, как отмечено в Примечании 2.17, отражает результаты исполнения программного бюджета, за исключением Фонда регулирования налогообложения, другого непрограммного использования бюджета и расходов за счет поступлений в натуре и в форме услуг, которые не включены в результаты программного бюджета.

Пояснения по поводу существенных различий между окончательным бюджетом и фактическими суммами в разбивке по категориям и областям программной деятельности представляются в разделе I настоящего документа.

В соответствии с требованиями МСУГС 24 представляется сверка на сопоставимой основе фактических сумм, представленных в Отчете V, и фактических сумм в финансовых отчетах с отдельным указанием всех различий в методе учета, временных различий и различий в составе субъектов и форме представления отчетности.

Различия в методе учета возникают, когда компоненты утвержденного программного бюджета используются для деятельности, отличающейся от осуществления технических программ. Примерами такой деятельности могут служить ассигнования в Фонд регулирования налогообложения, другое непрограммное использование бюджета и специальные соглашения.

Временные различия отражают включение в финансовые отчеты ВОЗ расходов по программному бюджету, понесенных в другие финансовые периоды.

К различиям в составе субъектов относится включение в финансовые отчеты ВОЗ расходных статей двух фондов: "Государства-члены – другие средства" и Поручительский фонд. Данные фонды не являются частью программного бюджета Организации.

Различия в форме представления отчетности касаются разницы в формате и схемах классификации, используемых в Отчете о движении денежных средств (Отчет IV) и Отчете о сравнении бюджетных и фактических сумм (Отчет V).

Сверка между фактическими суммами на основе сопоставимой информации в Отчете V и фактическими суммами в Отчете IV за декабрь 2015 г. приводится ниже.

Описание	2015 г.			
	Операционные	Инвестиционные	Финансовые	Всего
	тыс. долл. США			
Фактическая сумма на сопоставимой основе (Отчет V)	(2466 677)			(2466 677)
Различия в методе учета	71 579	87 718	5 281	164 578
Временные различия				
Различия в составе субъектов	200 188	(22 982)		177 206
Различия в форме представления отчетности	1 926 888	(3 568)		1 923 320
Фактическая сумма согласно Отчету о движении денежных средств (Отчет IV)	(268 022)	61 168	5 281	(201 573)

8. Сегментная отчетность**8.1 Отчет о финансовом положении по сегментам**

По состоянию на 31 декабря 2015 г. (в тыс. долл. США)

Описание	Штаб-квартира	Региональное бюро для стран Африки	Региональное бюро для стран Америки	Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья	Европейское региональное бюро	Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии	Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана	Всего
АКТИВЫ								
Текущие активы								
Денежные средства и эквиваленты денежных средств	387 384	24 520		11 837	1 516	2 401	3 660	431 318
Краткосрочные инвестиции	2 754 259							2 754 259
Дебиторская задолженность – текущая	864 307	616	123	139	451	283	97	866 016
Дебиторская задолженность по расчетам с сотрудниками	497	5 066		1 603	622	1 138	1 776	10 702
Запасы	29 203	2 001		20 213		706	1 029	53 152
Предоплата и депозиты	8 150	544		2 011	34	1 454	281	12 474
Прочие текущие активы	454 845		(454 845)					
Всего текущие активы	4 498 645	32 747	(454 722)	35 803	2 623	5 982	6 843	4 127 921
Долгосрочные активы								
Дебиторская задолженность – долгосрочная	197 472							197 472
Долгосрочные инвестиции	93 900							93 900
Основные средства	39 375	4 504		19 767		172	1 306	65 124
Нематериальные активы	2 761					45		2 806
Всего долгосрочные активы	333 508	4 504		19 767		217	1 306	359 302
ИТОГО АКТИВЫ	4 832 153	37 251	(454 722)	55 570	2 623	6 199	8 149	4 487 223
ПАССИВЫ								
Текущие обязательства								
Взносы, полученные досрочно	56 740	339						57 079
Кредиторская задолженность	12 619	15 637		14 261	2 861	4 664	3 555	53 597
Кредиторская задолженность по расчетам с сотрудниками	902	611		305	24	158	156	2 156
Начисленные выплаты сотрудникам – текущие	21 095	12 369		4 253	2 798	2 956	3 251	46 722
Доходы будущих периодов	339 418							339 418
Финансовые обязательства	53 177							53 177
Прочие текущие обязательства	(10 570 758)	4 705 502	125 131	2 559 403	850 282	1 394 546	1 044 641	108 747
Обязательства по расчетам между субъектами	1 008 911							1 008 911
Всего текущие пассивы	(9 077 896)	4 734 458	125 131	2 578 222	855 965	1 402 324	1 051 603	1 669 807
Долгосрочные пассивы								
Долгосрочные займы	27 477							27 477
Начисленные выплаты сотрудникам – долгосрочные	563 820	163 086		56 297	82 436	65 551	56 359	987 549
Доходы будущих периодов – долгосрочные	197 472							197 472
Всего долгосрочные пассивы	788 769	163 086		56 297	82 436	65 551	56 359	1 212 498
ИТОГО ПАССИВЫ	(8 289 127)	4 897 544	125 131	2 634 519	938 401	1 467 875	1 107 962	2 882 305
ЧИСТЫЕ АКТИВЫ/СОБСТВЕННЫЙ КАПИТАЛ								
Регулярный бюджет	2 464 005	(810 592)	(324 200)	(342 644)	(247 544)	(392 007)	(303 842)	43 176
Добровольные фонды	10 593 112	(3 850 554)	(241 013)	(2 064 603)	(578 885)	(990 939)	(700 963)	2 166 155
"Государства-члены – другие средства"	11 067	(198 815)	(14 427)	(171 527)	(100 304)	(78 426)	(94 855)	(647 287)
Поручительский фонд	53 096	(332)	(213)	(175)	(9 045)	(304)	(153)	42 874
ВСЕГО ЧИСТЫЕ АКТИВЫ/СОБСТВЕННЫЙ КАПИТАЛ	13 121 280	(4 860 293)	(579 853)	(2 578 949)	(935 778)	(1 461 676)	(1 099 813)	1 604 918
ВСЕГО ПАССИВЫ И ЧИСТЫЕ АКТИВЫ/КАПИТАЛ	4 832 153	37 251	(454 722)	55 570	2 623	6 199	8 149	4 487 223

8.2 Отчет о финансовых результатах деятельности по сегментам

За год, закончившийся 31 декабря 2015 г.
(в тыс. долл. США)

Описание	Штаб-квартира	Региональное бюро для стран Африки	Региональное бюро для стран Америки	Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья	Европейское региональное бюро	Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии	Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана	Всего
Поступления								
Обязательные взносы	462 651							462 651
Добровольные взносы	1 838 415				28			1 838 443
Добровольные взносы натурой и услугами	51 259	39 112		6 650	4 977	25 791	2 124	129 913
Возмещаемые закупки	26 170							26 170
Прочие поступления	26 796	(2 866)	(2 707)	(884)	(862)	(798)	(714)	17 965
Итого поступления	2 405 291	36 246	(2 707)	5 766	4 143	24 993	1 410	2 475 142
Расходы								
Расходы по персоналу	418 841	214 158	42 896	79 775	63 055	47 590	53 876	920 191
Медицинские принадлежности и материалы	46 141	75 375	6 691	82 753	2 887	41 523	10 111	265 481
Услуги по контрактам	216 896	233 905	14 587	155 031	38 465	52 656	32 556	744 096
Перечисления и гранты	17 939	164 524	4 931	81 542	5 475	17 176	20 130	311 717
Путевые расходы	102 388	63 195	13 593	17 846	12 801	12 556	11 160	233 539
Общие операционные расходы	61 423	67 324	4 153	26 005	12 305	14 426	7 635	193 271
Оборудование, автотранспорт и мебель	8 573	26 956		16 952	2 928	8 024	4 283	67 716
Износ и амортизация	1 366	195		340		97	435	2 433
Итого расходы	873 567	845 632	86 851	460 244	137 916	194 048	140 186	2 738 444
Финансовые поступления	19 624	1 268	12	128	162	(429)	(57)	20 708
ИТОГО (ДЕФИЦИТ)/ПРОФИЦИТ ЗА ГОД	1 551 348	(808 118)	(89 546)	(454 350)	(133 611)	(169 484)	(138 833)	(242 594)

Примечание. Согласно сальдо доходов, в штаб-квартире наблюдается высокий профицит, а в других бюро – дефицит. Это обусловлено политикой централизованного учета поступлений и децентрализованного учета расходов.

9. Списанные суммы и добровольные платежи

В 2015 г. средства для списания не утверждались.

В 2015 г. для добровольных платежей была утверждена сумма в размере 84 435 долл. США (в 2014 г. такие платежи отсутствовали). Сальдо отражает три отдельных платежа:

- 1) сумма в 68 500 долл. США была одобрена на грант на цели реабилитации сотрудников, пострадавших от землетрясения в Непале (24 человека);
- 2) сумма в 12 735 долл. США была выплачена в качестве компенсации за смерть кормильца наследникам подрядной организации APW в Пакистане; и
- 3) сумма в 3200 долл. США была выплачена на погашение расходов на похороны человека, погибшего вблизи помещения Регионального бюро ВОЗ для стран Африки.

10. Раскрытие информации о связанных сторонах и другой информации о старшем руководстве

К категории "ключевой управленческий персонал" относятся Генеральный директор, директора региональных бюро и все другие сотрудники на неклассифицированных должностях.

Численность ключевого управленческого персонала, занимавшего эти должности в течение года, составила 22 человека. В таблице ниже приведены данные об их совокупном вознаграждении.

Описание	тыс. долл. США
Вознаграждение и корректив по месту службы	4 116
Пособия	320
Пенсионный план и план медицинского страхования	1 032
Общее вознаграждение	5 468
Невозвращенные авансы в счет пособий	42
Невозвращенные кредиты (в дополнение к обычным пособиям, если они имеют место)	–

Совокупное вознаграждение ключевого управленческого персонала включает чистые оклады, коррективы по месту службы, пособия, такие как надбавка на представительские расходы и другие надбавки, дотацию при назначении на место службы и другие дотации, субсидию на аренду жилья, оплату расходов по перевозке личного имущества, а также взносы организации-работодателя в пенсионный план и взносы по медицинскому страхованию.

Ключевой управленческий персонал также имеет право на получение выплат после окончания трудовой деятельности на том же уровне, что и другие сотрудники. Размер этих выплат не поддается точной количественной оценке. Ключевой управленческий персонал относится к рядовому составу участников ОПФПООН.

В состав ключевого управленческого персонала входит Директор Регионального бюро для стран Америки. Однако поскольку Директор этого Регионального бюро получает все пособия и выплаты от ПАОЗ, эти пособия и выплаты раскрываются в финансовой отчетности ПАОЗ, а не в финансовой отчетности ВОЗ.

В течение года ключевому управленческому персоналу не выдавались какие-либо кредиты, отличные от тех, которые доступны на широкой основе для лиц, не принадлежащих к этой категории.

11. События после отчетной даты

Отчетной датой ВОЗ служит 31 декабря 2015 года. На момент подписания настоящих отчетов за период между датой представления балансовых данных и датой выдачи разрешения на опубликование финансовых отчетов не произошло никаких существенных – благоприятных или неблагоприятных – событий, которые могли бы повлиять на эти финансовые отчеты.

12. Условные обязательства, обязательства и условные активы

Условные обязательства

На 31 декабря 2015 г. ВОЗ имела несколько нерешенных случаев судебного разбирательства. Большинство из них касались споров, информация о финансовых последствиях которых не раскрывается, так как вероятность выплат была признана низкой. Тем не менее имеются четыре спора по контрактам, которые должны считаться условными обязательствами. Общая потенциальная стоимость для Организации оценивается в размере 24 040 долл. США (на 31 декабря 2014 г. – 98 192 долл. США).

Обязательства по операционной аренде

ВОЗ заключает договоры об операционной аренде помещений в различных страновых отделениях. Будущие минимальные арендные ставки на дальнейшие периоды являются следующими.

Описание	2015 г.	2014 г.
	тыс. долл. США	
До 1 года	6 015	4 713
1 - 5 лет	7 705	7 702
Свыше 5 лет	1 260	1 995
Итого обязательства по аренде	14 980	14 410

Организация не имеет непогашенных платежей по аренде, которые могли бы быть определены как финансовый лизинг на отчетную дату.

ВОЗ предоставила в аренду служебные помещения семи арендаторам. По состоянию на 31 декабря 2015 г. совокупные поступления от аренды составили 1 млн. долл. США (на 31 декабря 2014 г. – 1,3 млн. долл. США).

Условные активы

В соответствии с МСУГС 19 (Резервы, условные обязательства и условные активы) условные активы подлежат раскрытию в случаях, когда какое-либо событие приводит к возникновению вероятных экономических благ. На 31 декабря 2015 г. какие-либо материальные условные активы, подлежащие раскрытию, отсутствовали.

Таблица I. Отчет о финансовых результатах деятельности по основным фондам

За год, закончившийся 31 декабря 2015 г.
(в тыс. долл. США)

Описание	Общий фонд			Всего	Государства-члены – другие средства			Поручительский фонд	Всего	Зачеты ^а	Итого	Процентная доля
	Регулярный бюджет	Добровольные фонды	Зачеты ^а		Единый фонд	Фонд предпринимательства	Специальный целевой фонд					
Поступления												
Обязательные взносы	462 651			462 651							462 651	19%
Добровольные взносы		1 836 320		1 836 320				5 443	5 443	(3 320)	1 838 443	74%
Добровольные взносы натурой и услугами		3 749		3 749		126 164			126 164		129 913	5%
Возмещаемые закупки						26 170			26 170		26 170	1%
Прочие поступления	(9 633)	176 978	(163 927)	3 418	(278)	4 593	205 442	(1 693)	208 064	(193 517)	17 965	1%
Итого, операционные поступления	453 018	2 017 047	(163 927)	2 306 138	(278)	156 927	205 442	3 750	365 841	(196 837)	2 475 142	100%
Расходы												
Расходы по персоналу	350 819	557 449		908 268		22 060	143 030	17 503	182 593	(170 670)	920 191	34%
Медицинские принадлежности и материалы	9 446	155 703		165 149	(2 733)	101 964	4 807	747	104 785	(4 453)	265 481	10%
Услуги по контрактам	52 440	657 117		709 557	(8 149)	505	31 985	17 113	41 454	(6 915)	744 096	27%
Перечисления и гранты	18 831	292 946		311 777		2 025	26	1 113	3 164	(3 224)	311 717	11%
Путевые расходы	27 859	198 483		226 342		107	2 452	4 777	7 336	(139)	233 539	9%
Общие операционные расходы	23 334	291 888	(163 927)	151 295		27 183	19 915	5 517	52 615	(10 639)	193 271	7%
Оборудование, автотранспорт и мебель	6 911	58 957		65 868	(4 249)	1 821	5 010	63	2 645	(797)	67 716	2%
Износ и амортизация					2 433				2 433		2 433	0%
Итого расходы	489 640	2 212 543	(163 927)	2 538 256	(12 698)	155 665	207 225	46 833	397 025	(196 837)	2 738 444	100%
Финансовые поступления	4 454	7 854		12 308	5 996		2 302	102	8 400		20 708	
ИТОГО (ДЕФИЦИТ)/ПРОФИЦИТ ЗА ГОД	(32 168)	(187 642)		(219 810)	18 416	1 262	519	(42 981)	(22 784)		(242 594)	
Баланс фонда – 1 января 2015 г.	75 344	2 353 797		2 429 141	84 598	8 103	(760 185)	85 855	(581 629)		1 847 512	
Баланс фонда – 31 декабря 2015 г.	43 176	2 166 155		2 209 331	103 014	9 365	(759 666)	42 874	(604 413)		1 604 918	

а. Зачеты, о которых идет речь в Отчете о финансовых результатах деятельности по основным фондам (таблица I), представляют собой корректировки учетных записей, предназначенные для устранения эффекта перечислений между фондами, который может приводить к завышению поступлений и расходов Организации. Эти корректировки проводятся через специально созданный для этой цели фонд зачетов.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

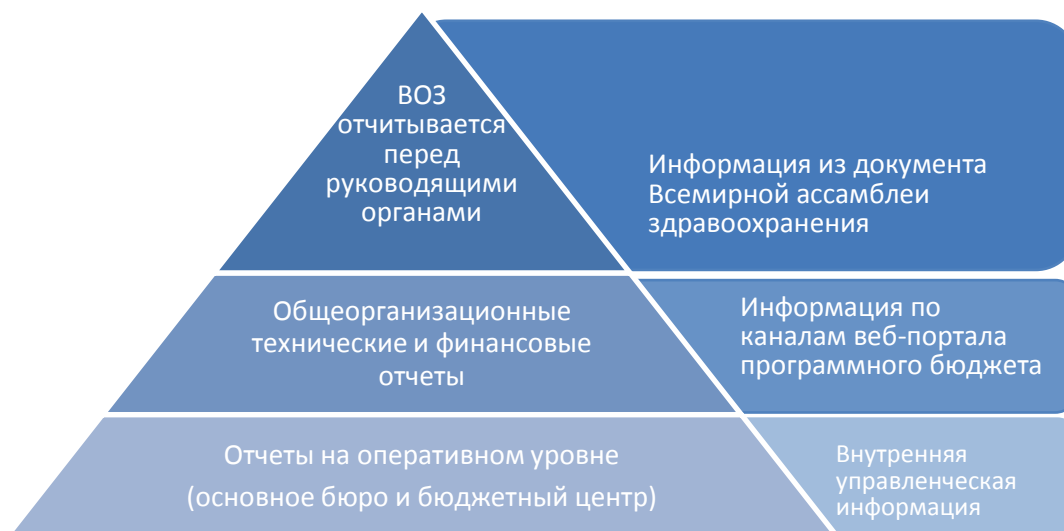
ПРОГРАММНЫЙ БЮДЖЕТ НА 2014–2015 гг. МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИСПОЛНЕНИЯ

Оценка исполнения программного бюджета является заключительным этапом двухгодичного цикла исполнения программного бюджета. Это систематический обзор работы, проделанной Секретариатом, по областям осуществления программ и на всех трех уровнях Организации. Все бюджетные центры оценивают проведение работ, содержащихся в планах работы (то есть продуктов и услуг), в качестве вклада в целевые задачи, указанные в утвержденном бюджете по программам.

Используемая методология представляет собой поэтапный синтез поступающей информации. В конце каждого этапа информация обобщается и проводятся обзоры на уровне основных бюро в разбивке по программным областям и категориям. Этапы включают обзор итоговых показателей и отчетов по программным областям и категориям – на уровне основных бюро и всей Организации, – который проводится соответствующими сетями, а также высшим руководством. В этом процессе участвуют триста бюджетных центров, в том числе 149 страновых отделений, шесть региональных бюро и штаб-квартира. Используются стандартные шаблоны, руководящие указания и контрольные перечни. Этот процесс и сбор информации преследуют несколько целей, которые включают в себя завершение необходимой общесистемной оценки и анализ накопленного опыта, закрытие планов работы и подготовку обязательных докладов Ассамблее здравоохранения.

Процесс начинается в последние месяцы двухгодичного периода и завершается в марте следующего двухгодичного периода выпуском внутренних отчетов и сводного отчета (на шести официальных языках), которые представляются Ассамблее здравоохранения в мае. Подробные отчеты содержат информацию о достижении итоговых показателей и примечания по показателям, разъяснения в отношении итоговых рейтингов по основным бюро, подробные описания рисков и допущений, сведения об интеграции гендерных аспектов, вопросов справедливости и соблюдения прав человека и подхода, основанного на социальных детерминантах здоровья, а также примеры экономии средств.

Диаграмма. Схематическое представление процесса оценки исполнения бюджета



Оценка исполнения программного бюджета на 2014–2015 гг. является первым таким мероприятием по итогам двухгодичного периода, которое будет осуществляться в рамках Двенадцатой общей программы работы на 2014–2019 годы. Кроме того, это первая оценка исполнения программного бюджета на основе новой цепочки результатов, одного из основных продуктов реформы программной деятельности ВОЗ. В рамках продолжения реализации этой реформы сводный программный и финансовый отчет об исполнении программного бюджета впервые будет представлен Ассамблее здравоохранения. Это является важным шагом вперед в деятельности ВОЗ по распространению результатов оценки исполнения программного бюджета.

Можно отметить следующие улучшения в отношении процесса и конечных результатов оценки исполнения программного бюджета на 2014–2015 гг. по сравнению с бюджетом на 2012–2013 гг.:

- унифицированный, хорошо проработанный процесс и непрерывность работы были обеспечены путем увязки с ходом исполнения и выводами, содержащимися в среднесрочном обзоре;
- усиление прозрачности и подотчетности получило дальнейшее развитие за счет представления подробных отчетов на веб-портале программного бюджета;
- оценка проводится не только исходя из достижения показателей эффективности, но и на основе результатов в области поставки товаров и оказания услуг, выявленных стратегий оценки рисков и смягчения их последствий, а также использования людских и финансовых ресурсов;
- ответственные сотрудники на трех уровнях проверили достоверность отчетов с помощью соответствующей документации, которую можно использовать в качестве доказательства точности/достоверности в ходе внутренних и внешних обзоров и ревизий;
- применялась система обеспечения качества с использованием стандартных шаблонов, контрольных перечней и периодических обзоров для помощи управляющим, руководителям программных областей и руководителям категорий деятельности соответственно.

Оценка той степени, в которой основные бюро обеспечили выполнение промежуточных результатов или внесли вклад в их достижение, обозначается: (✓) – при выполнении в полном объеме/полномасштабном вкладе; (!) – при выполнении/вкладе не в полном объеме; (X) – при отсутствии выполнения и/или вклада; и (н/п) – если такая градация неприменима. Оценка н/п дается в тех случаях, когда основные бюро сообщили о том, что вклад в достижение какого-либо промежуточного результата не является региональным приоритетом или что конкретный промежуточный результат не имеет отношения к ситуации в регионе.

Унифицированный программный и финансовый отчет за 2014–2015 гг., который дополнен информацией, опубликованной на веб-портале программного бюджета, является заметным шагом вперед. Дальнейший прогресс будет опираться на это достижение с целью дальнейшего укрепления и упорядочения этого процесса и позволит обеспечить последующую консолидацию с другими оценками, включая внешние оценки, административные обзоры и комплексные страновые ревизии.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ГЛОССАРИЙ ТЕРМИНОВ

Метод начисления – основа учета, при которой операции и другие события признаются, когда они возникают (а не только когда получены или выплачены денежные средства или их эквиваленты). Таким образом, операции и события отражаются в бухгалтерских записях и признаются в финансовых отчетах периодов, к которым они относятся. Элементы, признанные по методу начисления, это активы, обязательства, чистые активы/собственный капитал, доходы и расходы.

Достижение: (а) фактическое изменение в результате осуществления программы или проведения мероприятия; и (б) фактическое значение показателя эффективности, измеренное в любой момент времени.

Активы – ресурсы, контролируемые организацией в результате прошлых событий, от которых предполагается приток будущих экономических выгод на предприятие или которые обладают потенциалом за срок службы. Активы, используемые для доставки товаров и предоставления услуг в соответствии с целями организации, но не генерирующие непосредственно чистый приток денежных средств, часто описываются как имеющие потенциал за срок службы.

Учетная политика – конкретные принципы, основы, конвенции, правила и практика, применяемые организацией для подготовки и представления финансовой отчетности.

Актuarные прибыли и убытки включают: (а) корректировки на основе опыта (результат различий между первоначальными актуарными предположениями и тем, что в действительности произошло); и (б) результаты изменений в актуарных предположениях.

Амортизация нематериальных активов – систематическое распределение амортизируемой стоимости нематериального актива на весь срок его полезного использования.

Ассигнования – предоставленное законодательным органом разрешение на выделение средств на цели, определенные законодательным или аналогичным органом. В отношении ВОЗ ассигнования утверждаются Всемирной ассамблеей здравоохранения путем голосования.

Эквиваленты денежных средств – краткосрочные, высоколиквидные инвестиции, которые легко можно конвертировать в известные суммы денежных средств и которые связаны с незначительным риском изменения ценности.

Класс основных средств – группа активов, сходных с точки зрения своей природы или характера использования в деятельности предприятия, которые отображаются как одна статья для целей раскрытия в финансовой отчетности.

Условный актив – возможный актив, возникающий из прошлых событий, существование которого будет подтверждено только возникновением или не возникновением одного или более неопределенных будущих событий, не полностью подконтрольных организации.

Условное обязательство: (а) возможное обязательство, которое возникает из прошлых событий и существование которого будет подтверждено только возникновением или не возникновением одного или более неопределенных будущих событий, не полностью подконтрольных организации; или (б) нынешнее обязательство, которое возникает из прошлых событий, но не признается, поскольку нет вероятности, что отток ресурсов, воплощающих экономические выгоды или потенциал за срок службы, потребуется для того, чтобы провести расчеты по обязательству, или поскольку сумму обязательства нельзя измерить с достаточной надежностью.

Амортизация материальных активов – систематическое распределение амортизируемой стоимости материального актива на протяжении расчетного срока его полезного использования.

Выплаты вознаграждения работникам – все формы вознаграждения, предоставляемые организацией в обмен на услуги, оказываемые работниками. Выплаты вознаграждения работникам означают все причитающиеся выплаты, зарплаты, пособия, льготы и премии.

Обменные операции – операции, в которых одна организация получает активы или услуги или погашает обязательства и передает в обмен примерно равную стоимость (в первую очередь в виде денежных средств, товаров, услуг или использования активов) другой организации.

Справедливая стоимость – сумма, за которую актив может быть обменян или обязательство погашено между осведомленными и желающими сторонами в сделке, в совершении которой не имеется заинтересованности.

Функциональная валюта – валюта основной экономической среды, в которой функционирует организация. Для ВОЗ такой валютой считается доллар США.

Имеющиеся средства включают суммы, перенесенные из предыдущего двухгодичного периода, и поступления, полученные в течение текущего двухгодичного периода.

Воздействие – устойчивое изменение состояния здоровья групп населения, в которое вносят вклад Секретариат и государства-члены.

Обесценение – потери в будущих экономических выгодах или потенциале за срок службы актива, помимо систематического признания потери будущих экономических выгод или потенциала за срок службы актива через износ.

Нематериальные активы – идентифицируемые немонетарные активы, не имеющие физической формы.

Процентные расходы – увеличение дисконтированной стоимости обязательств по пенсионному плану с установленными выплатами в течение финансового периода, возникающее в связи с приближением выплаты пенсий на один период.

Товарно-материальные запасы – активы: (a) в форме материалов или вспомогательных материалов для потребления в процессе производства; (b) в форме материалов или вспомогательных материалов для потребления или распределения при предоставлении услуг; (c) предназначенные для продажи или распределения в ходе обычной деятельности; или (d) в процессе производства для продажи или распределения. Следует соблюдать осторожность во избежание путаницы при использовании термина "товарно-материальные запасы". Основные средства не являются товарно-материальными запасами, как определено выше, хотя они могут подвергаться инвентаризации путем подсчета и физической проверки.

Основной управленческий персонал определяется в соответствии с Международными стандартами финансовой отчетности в государственном секторе как должностные лица, ответственные за планирование, руководство и контроль деятельности подотчетной организации.

Аренда – договор, согласно которому арендодатель передает арендатору право на использование актива в течение согласованного периода времени в обмен на платеж или ряд платежей.

Обязательства – нынешние обязательства организации, возникающие в результате прошлых событий, расчеты по которым, как ожидается, приведут к оттоку из организации ресурсов, воплощающих экономические выгоды или потенциал за срок службы.

Чистые активы/собственный капитал – остаточная доля в активах организации после вычета всех ее обязательств. Это остаточная мера в отчете о финансовом положении.

Чистая цена продажи – расчетная цена продажи в ходе обычной деятельности за вычетом расчетных затрат на завершение производства и ожидаемых затрат, необходимых для осуществления продажи, обмена или распределения.

Необменные операции – операции, которые не являются обменными. При необменной операции организация либо получает ценности от другой организации без прямого предоставления примерно равных ценностей в обмен, либо передает ценности другой организации без непосредственного получения примерно равных ценностей в обмен.

Операционная аренда – любая аренда, отличная от финансовой аренды.

Конечные результаты – изменения в институциональных и поведенческих возможностях для обеспечения условий развития, которые происходят между завершением выполнения промежуточных результатов и достижением воздействий.

Промежуточные результаты – изменения навыков или способностей и возможностей отдельных лиц или учреждений либо доступности новых продуктов и услуг, которые являются результатом завершения мероприятий, подконтрольных Секретариату. Они достигаются с помощью предоставленных ресурсов и в течение оговоренного срока.

Показатель эффективности – единица измерения, которая определяет, что следует измерять по некоей шкале или размеру. Показатели эффективности – это количественные и качественные меры измерения промежуточного или конечного результата с целью определения производительности программы или инвестиции.

Основные средства – материальные активы, которые: а) предназначены для использования в процессе производства или поставки товаров и предоставления услуг, при сдаче в аренду другим лицам или в административных целях; и б) предполагаются к использованию в течение более чем одного отчетного периода. Основные средства не следует путать с товарно-материальными запасами, как определено выше, хотя они могут подвергаться подсчету и физической проверке.

Резерв – обязательство с неопределенными сроками или на неопределенную сумму.

Связанные стороны – стороны считаются связанными, если одна сторона имеет возможность контролировать другую сторону или оказывать значительное влияние на нее при принятии финансовых и операционных решений или если связанная сторона и другая организация находятся под общим контролем.

Доход (выручка) – валовой приток экономических выгод или потенциала за срок службы в отчетный период, когда эти поступления приводят к увеличению чистых активов/ собственного капитала, отличному от увеличений, связанных с вкладами собственников.

Риск соответствует потенциальному будущему событию, полностью или частично неподконтрольному, которое может негативно повлиять на достижение результатов.

Сегмент – выделяемая деятельность или группа видов деятельности организации, для которой уместно представлять финансовую информацию отдельно с целью оценки эффективности деятельности организации в прошлом в достижении ее целей и для принятия решений о будущем распределении ресурсов.

= = =

