



## ВЫПОЛНЕНИЕ РЕЗОЛЮЦИЙ И РЕШЕНИЙ

Доклад Генерального директора

Настоящий документ содержит доклады о ходе работы по выполнению резолюций и решений Исполнительного комитета и Ассамблеи здравоохранения. Исполкому предлагается принять к сведению эти доклады и рассмотреть проекты резолюций, содержащиеся с разделе XIV.

### СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
I. Целевая группа по здоровью и развитию	2
II. Сотрудничающие центры ВОЗ	3
III. Улучшение технического сотрудничества между развивающимися странами	4
IV. Предупреждение насилия	6
V. Развитие систем здравоохранения	10
VI. Программа и политика в области стипендий	12
VII. Пересмотренная стратегия в области лекарственных средств	15
VIII. Трансграничная реклама, пропаганда и продажа медицинской продукции через Интернет	18
IX. Этические, научные и социальные последствия клонирования для здоровья человека	21
X. Укрепление здоровья	23
XI. Питание детей грудного и раннего возраста	25
XII. Туберкулез	29
XIII. Глобальная ликвидация вызывающей слепоту трахомы	32
XIV. Действия Исполнительного комитета	34

## I. ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА ПО ЗДОРОВЬЮ И РАЗВИТИЮ

1. Во исполнение резолюции ВНА 50.23 была осуществлена следующая деятельность.
2. В соответствии с пунктом 4(1) постановляющей части резолюции была учтена точка зрения целевой группы в первых вариантах документа по политике достижения здоровья для всех, в частности в варианте, представленном Исполнительному комитету в январе 1997 г. Рекомендации целевой группы послужат вкладом в подготовку Десятой общей программы работы.
3. В соответствии с пунктом 4(2) постановляющей части резолюции на совещаниях региональных комитетов в сентябре и октябре 1997 г. был представлен документ "Здоровье: мужество оказывать помощь; критический анализ лидирующей роли ВОЗ в международной деятельности в области здравоохранения, проведенный целевой группой по здоровью и развитию" в качестве первого шага по обеспечению широкого распространения выводов целевой группы по укреплению ВОЗ в следующем столетии. Каждое страновое бюро ВОЗ также получило копию этого документа, а члены целевой группы проводят национальные семинары для обсуждения идей, содержащихся в этом документе, с лицами, определяющими политику и принимающими решения, "партнерами" по здравоохранению и развитию, а также с научно-исследовательскими учреждениями.
4. Генеральный директор выступает за развитие и использование потенциала в области дипломатии, связанной с укреплением здоровья и предупреждением болезней, и целевая группа рекомендовала ВОЗ играть решительную руководящую роль в этой области. ВОЗ осуществляет последующую деятельность в сотрудничестве со многими "партнерами" по изучению различных областей, в которых возможно достижение мира посредством здравоохранения. Это будет способствовать предоставлению нового опыта в использовании здравоохранения в качестве средства достижения мира; нахождению общего знаменателя в условиях, предшествующих конфликту; и выбору медицинских мер на всех этапах конфликта - до конфликта, во время конфликта и в течение всего периода восстановления и примирения. Такие меры могут продуктивно составлять основу плана действий по использованию здравоохранения в качестве средства достижения мира.
5. Была создана рабочая группа экспертов в областях здравоохранения и мирных инициатив; ее первое совещание было проведено в октябре 1997 г. по инициативе Фонда Мерье, утвержденного сотрудничающего центра ВОЗ по оздоровительной деятельности.
6. В соответствии с пунктом 4(3) постановляющей части резолюции рядом отделов и программ ВОЗ были приняты идеи целевой группы по здоровью и развитию, касающиеся справедливости, бедности и прав человека.
7. Во исполнение рекомендации целевой группы о том, что ВОЗ следует предпринять незамедлительные действия по разработке хорошо обоснованной программы по защите прав человека, 4 и 5 декабря 1997 г. проводится неофициальное консультативное совещание по вопросам здоровья и прав человека, в котором примут участие представители регионов ВОЗ, Бюро Верховного комиссара по правам человека, представителей органов Организации Объединенных Наций, связанных с договорами по правам человека, и эксперты в области прав человека, международного права и общественного здравоохранения. Цель этого консультативного совещания заключается в достижении соглашения по основным элементам программы ВОЗ по охране здоровья и прав человека на период 1998-2000 гг. Это позволит ВОЗ

получить опыт и знания, необходимые для выполнения лидирующей роли в этой области, как рекомендовано целевой группой.

## II. СОТРУДНИЧАЮЩИЕ ЦЕНТРЫ ВОЗ

Доклад о выполнении резолюции WHA50.2 будет представлен  
в дополнении к настоящему документу.

### III. УЛУЧШЕНИЕ ТЕХНИЧЕСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА МЕЖДУ РАЗВИВАЮЩИМИСЯ СТРАНАМИ

1. В течение двух десятилетий после Алма-Атинской конференции по первичной медико-санитарной помощи и Конференции по техническому сотрудничеству между развивающимися странами (ТСРС), состоявшейся в Буэнос-Айресе, ВОЗ приобрела значительный опыт в содействии ТСРС и его осуществлении во многих странах. Объединение цели ВОЗ по достижению здоровья для всех и стратегий первичной медико-санитарной помощи оказало глубокое воздействие в этих странах с точки зрения справедливости, стабильности и опоры на собственные силы. Поэтому ВОЗ признала ТСРС в качестве естественного подхода к достижению здоровья для всех.

2. При подготовке к двадцать первому столетию ВОЗ вместе со странами начала активный процесс обновления своей политики и стратегий достижения здоровья для всех. Основными задачами, которые будут стоять в будущем, являются широко распространенные неравенства в состоянии здоровья и в доступе к службам здравоохранения и огромные различия между богатыми и бедными во многих странах, включая некоторые наименее развитые страны, а также между странами. Решение этих проблем потребует расширения обмена опытом между странами; поэтому ТСРС будет важным компонентом обновления концепции достижения здоровья для всех.

3. В связи с децентрализованной структурой ВОЗ имеется прочная региональная основа для технического сотрудничества. Например, в Африке и Азии объединенные инициативы по ТСРС с участием многих стран в таких областях, как охрана здоровья матери и ребенка, основные лекарственные средства и репродуктивное здоровье, дали обнадеживающие результаты. Быстрый рост телекоммуникаций привел к развитию сетей, связывающих сотрудничающие центры ВОЗ, национальные учреждения и университеты, неправительственные организации и профессиональные ассоциации. Сети, главным образом для Юга, были созданы по таким темам, как экономика и финансирование здравоохранения, борьба с шистосомозом и медико-санитарная информация (особенно в связи с плохим состоянием здоровья и бедностью), и продолжают использоваться для обмена информацией и опытом между странами и учреждениями. Участие стран Севера в этих сетях имеет важное значение. Действительно, два региона ВОЗ (стран Америки и Западной части Тихого океана) официально воспринимают концепцию технического сотрудничества между странами в целом в духе ТСРС, поскольку горизонтальное сотрудничество не должно исключать участия любой страны. Географически поддержка ВОЗ ТСРС оказывается через шесть региональных бюро. В следующих пунктах освещаются некоторые аспекты ее поддержки.

4. В Африканском регионе межстрановое сотрудничество осуществляется в области основных лекарственных средств. Регулярный обмен опытом между странами в отношении реформ сектора здравоохранения планируется в рамках Специальной инициативы Организации Объединенных Наций по континентальной Африке.

5. В Регионе стран Америки интеграция торговли и изменение структуры экономики в рамках субрегиональных соглашений (Соглашение северо-американских стран о свободной торговле (NAFTA), Соглашение MERCOSUR и общие рынки стран Центральной Америки, Андов и Карибского бассейна), наряду с инициативами по обеспечению здоровых границ, содействуют горизонтальному двустороннему/многостороннему сотрудничеству в области здравоохранения. Успешным примером является программа ликвидации болезни Шагаса в субрегионе Южного Рога.

6. В Регионе Юго-Восточной Азии трансграничная деятельность была укреплена посредством министерских совещаний и визитов для содействия сотрудничеству, особенно в целях борьбы с болезнями, такими как полиомиелит, шистосомоз, малярия и кала-азар, а также для подготовки персонала здравоохранения. В ходе широкого регионального обзора успешных и неудачных примеров содействия ТСРС был сделан вывод о том, что должен применяться более стратегический подход, тесно связанный с секторальным планированием и общим развитием здравоохранения. В результате этого применявшийся в прошлом разрозненный подход будет заменен согласованной стратегией в целях планирования развития и реформ в секторе здравоохранения.

7. В Европейском регионе в рамках ТСРС оказывается содействие широким стратегическим областям, таким как уменьшение бедности и реформы сектора здравоохранения, в качестве компонента общего развития.

8. В Регионе Восточного Средиземноморья оказывается поддержка "горизонтальным" техническим мероприятиям в области здравоохранения, осуществляемым субрегиональными геополитическими группами, такими как Исламская конференция и Лига Арабских государств. Такие мероприятия содействуют обмену между странами на основе духовного и культурного сродства.

9. В Регионе Западной части Тихого океана ТСРС рассматривается в качестве стратегии сотрудничества, полностью интегрированной во все программные области при обращении особого внимания на развитие людских ресурсов и содействии созданию потенциала и национальной самостоятельности.

10. ВОЗ оказывает поддержку важной новой инициативе, осуществляемой совместно с Движением неприсоединившихся государств по реформам в секторе здравоохранения, подчеркивая необходимость сокращения неравенств в отношении здоровья в качестве главной цели. После двух совещаний и технической консультации по вопросам здоровья стран - участниц этого Движения на уровне министров Ассамблея здравоохранения в 1997 г. рекомендовала (резолюция WNA50.27) создать в соответствующих странах сеть участвующих в ТСРС учреждений. Целью этой сети будет обеспечение постоянного механизма ТСРС для оперативных исследований и обмена знаниями и опытом между этими и другими развивающимися странами. Участники Движения признают, что многие реформы были инициированы многосторонними и двусторонними учреждениями, которые обращают больше внимания на экономическую структурную корректировку, чем на серьезные задачи по обеспечению равенства, стоящие перед сектором здравоохранения. Создание этой сети осуществляется в этом контексте при поддержке ВОЗ и ПРООН. Практически этим занимается Министерство здравоохранения Колумбии, которое в настоящее время возглавляет Движение неприсоединившихся государств.

11. В начале 1998 г. ВОЗ проведет специальное совещание с представителями Движения неприсоединившихся стран для уточнения планов создания такой сети и определения ТСРС в качестве "ключевой стратегии" более активного осуществления стратегии достижения здоровья для всех. Рекомендации этого совещания будут представлены для обсуждения Пятьдесят первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 1998 г. Эта инициатива совпадает с дискуссиями, которые ведутся в настоящее время в Организации Объединенных Наций и ПРООН в отношении необходимости разработать более стратегический подход к ТСРС, способный решать широкие задачи с участием большего числа стран.

#### IV. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ НАСИЛИЯ

1. Сорок девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, приняв резолюцию WHA49.25, объявила работу по предупреждению насилия одним из приоритетных направлений деятельности в области общественного здравоохранения и предложила Генеральному директору подготовить план действий, в котором будет дано описание роли и вклада ВОЗ применительно к предупреждению насилия, и представить его на рассмотрение Девяносто девятой сессии Исполнительного комитета. После рассмотрения этого плана Исполкомом Пятидесятая сессия Всемирной Ассамблеи здравоохранения утвердила этот план, приняв резолюцию WHA50.19. Для наиболее эффективного выполнения резолюций WHA49.25 и WHA50.19 сразу же после проведения Пятидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения были предприняты следующие действия:

(1) возможности ВОЗ инициировать и координировать мероприятия, направленные на предупреждение насилия, были усилены за счет расширения мандата и увеличения кадрового состава подразделения по содействию безопасности и борьбе с травмами, которое будет нести основную ответственность за координацию (совместно с другими техническими программами) работы по осуществлению вышеуказанного плана действий, продолжая заниматься деятельностью, направленной на предупреждение непреднамеренных травм с уделением особого внимания дорожным травмам (что объясняется их усиливающимся негативным влиянием на состояние здоровья населения, особенно в развивающихся странах). Это подразделение также будет, в случае необходимости, оказывать соответствующую поддержку региональным бюро ВОЗ. Целевая группа по вопросам насилия и здоровья, созданная Генеральным директором в июне 1996 г., окажет помощь в деле мониторинга и оценки процесса разработки плана действий, обеспечивая согласованный и скоординированный ответ на запросы о развитии технического сотрудничества, а также эффективную координацию действий с другими соответствующими учреждениями и потенциальными донорами;

(2) в поддержку осуществления Плана действий была создана соответствующая сеть учреждений; после того как этот план был утвержден Всемирной ассамблеей здравоохранения, он был направлен в сотрудничающие центры ВОЗ с просьбой провести анализ их потенциального технического вклада в эту работу; окончательный план сотрудничества был согласован на Восьмом совещании руководителей сотрудничающих центров по предупреждению травм и борьбе с ними (Йоханнесбург, 20 и 21 октября 1997 г.). Целевая группа окажет помощь в координации вклада различных сотрудничающих центров и соответствующих технических программ.

2. В соответствии с пунктом 3.1 резолюции WHA50.19 были заключены предварительные соглашения с четырьмя сотрудничающими центрами, с тем чтобы они оказали помощь в достижении следующих целей Плана действий: "Цель 1: описание проблемы, основываясь при этом на результатах эпиднадзора", "Цель 3: определение и оценка вмешательств" и "Цель 4: осуществление программы и распространение полученных результатов". Сотрудничающие центры будут предоставлять технические рекомендации и окажут помощь в организации рабочего совещания по вопросам осуществления программы и наращивания потенциала в странах. Национальный центр по предупреждению травм и борьбе с ними, функционирующий под эгидой Центров США по профилактике болезней и борьбе с ними и Институт безопасности потребителей в Нидерландах выразили свою готовность приложить все усилия для достижения Цели 1 путем укрепления потенциала стран в области эпиднадзора за травмами, уделяя при

этом особое внимание умышленному насилию и разрабатывая международную классификацию внешних причин травм в виде дополнения к международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). План действий уже осуществляется в Африканском регионе (Эфиопия, Кения, Уганда, Замбия, Зимбабве) и в Регионе Восточного Средиземноморья (Египет); в Уганде при поддержке ВОЗ был создан национальный институт по предупреждению травм и борьбе с ними, который должен способствовать осуществлению вышеуказанного плана действий.

3. Департамент социальной медицины (Каролинский институт, Стокгольм), Сотрудничающий центр ВОЗ по содействию безопасности в общинах и Центр общественного здравоохранения в Квебеке, а также Сотрудничающий центр ВОЗ по содействию безопасности и предупреждению травм взяли на себя обязательства оказывать помощь осуществляемым на коммунальном уровне вмешательствам по предупреждению насилия, а также разработать методы оценки программы, проводящейся для достижения Целей 3 и 4 плана действий. Для выполнения программы будут поддерживаться тесные контакты с двумя сотрудничающими центрами по предупреждению насилия (подразделение по психологии здоровья и Центр по действиям в интересах мира в Университете Южной Африки, Йоханнесбург, и Centro de Investigaciones de Salud y Violencia, Universidad del Valle в Сан-Фернандо в Колумбии. В связи с проведением Шестой международной конференции по безопасным общинам, финансируемой ВОЗ (Йоханнесбург, 15-19 октября 1997 г.), и для мобилизации сети "безопасных общин" ВОЗ был разработан план осуществления коммунальных вмешательств, нацеленных на предупреждение и уменьшение насилия.

4. С учетом той важнейшей роли, которую школы играют в предупреждении насилия совместно с отделом укрепления здоровья, просвещения и связей, было принято решение о подготовке в контексте программы укрепления здоровья в школах документа по этому вопросу, который поможет людям, как в школах, так и в общине в целом, разрабатывать планы действий по предупреждению насилия.

5. В сентябре 1997 г. в рамках выполнения резолюции WNA49.25 Национальный центр по наблюдению за правами человека в Алжире провел международный коллоквиум по современным видам насилия и "культуре мира", который был поддержан Министерством здравоохранения и народонаселения Алжира, ЮНЕСКО и ВОЗ.

6. Для достижения Цели 4 плана, а также для распространения информации, в том числе данных научных исследований, которые могут быть использованы в качестве основы для разработки политики и осуществления конкретных мероприятий, на экспериментальной основе были предприняты шаги для создания во всемирной компьютерной сети "домашней страницы" в разделе ВОЗ. Активная совместная работа в развитых и развивающихся странах позволит усилить эти действия, а техническое сотрудничество будет укреплено.

7. ВОЗ уделила особое внимание вопросам физической и психологической реабилитации и социальной реинтеграции детей и женщин, пострадавших от вооруженных конфликтов, а также внесла свой вклад в проводимое Организацией Объединенных Наций исследование влияния вооруженных конфликтов на детей. В Мозамбике ВОЗ способствовала улучшению межучрежденческой координации действий, направленных на осуществление соответствующей резолюции, принятой Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций (A/51/77).

8. Что касается насилия в отношении женщин, то здесь прежде всего рассматриваются такие его формы, как насилие в рамках семьи, изнасилования и сексуальные нападения; в Руанде и Бурунди в условиях вооруженных конфликтов или непосредственно после их завершения ведется работа по проведению оценки потребностей женщин и девочек, а также укрепляется способность служб здравоохранения удовлетворять эти потребности. Международное исследование по распространенности и риску насилия в семьях, а также по факторам, способствующим его предупреждению, будет вначале проведено в шести-восьми странах, с тем чтобы определить распространенность и частоту такого вида насилия в отношении женщин; выявить его последствия для здоровья женщин; и определить и сравнить как риск и защитные факторы в различных условиях, так и стратегии, используемые женщинами для защиты от насилия со стороны членов своих семей. ВОЗ также предпринимает усилия для укрепления на местах научно-исследовательского потенциала для разработки и тестирования новых методов измерения насилия и его последствий, включая психические и эмоциональные травмы, а также для содействия научным исследованиям, способствующим удовлетворению потребностей женщин и проводящимся с участием женских организаций.

9. Был подготовлен информационный пакет на тему "Насилие в отношении женщин"<sup>1</sup>. В этом пакете в кратком виде приведена самая последняя информация о распространенности различных видов насилия в отношении женщин, о некоторых документах по правам человека, а также о действиях в этой области, предпринимаемых организациями, сотрудничающими с ВОЗ. На уровне региональных бюро этот пакет переводится на испанский и французский языки.

10. Совместно с Международной федерацией гинекологии и акушерства (МФГА) ВОЗ внесла значительный вклад в работу пятнадцатого Всемирного конгресса МФГА по гинекологии и акушерству, в частности, в проведенное в ходе конгресса рабочее совещание на тему "Устранение насилия в отношении женщин: поиск необходимых путей" (отчет о работе этого совещания находится в стадии подготовки); в совещание группы экспертов, посвященное этому типу насилия; а также в подготовку резолюции по этому вопросу, которая была принята Генеральной ассамблеей МФГА. Участниками рабочего совещания, проведенного перед конгрессом МФГА, было организовано однодневное совещание, на котором было начато рассмотрение опыта, относящегося к осуществляемым в секторе здравоохранения мероприятиям, направленным на борьбу с насилием в отношении женщин, уделяя при этом особое внимание их уместности и устойчивости в условиях, характеризующихся ограниченностью имеющихся ресурсов. В соответствии с рекомендациями, принятыми на этом совещании, ВОЗ разработает рекомендации для формирующих политику лиц, интересующихся этим направлением работы, а также подготовит для медицинских работников на различных уровнях учебно-методические материалы по оказанию помощи женщинам, подвергающимся насилию.

11. В сотрудничестве с проектом по политике в области здравоохранения и развития и международной сетью научных исследователей, занимающихся вопросами насилия в отношении женщин, ведется работа по подготовке и проверке руководства по методологии изучения проблемы насилия в отношении женщин, которым можно будет пользоваться в качестве как практического, так и этического руководства и которое послужит полезным подспорьем для все большего числа исследователей, интересующихся этой проблемой.

---

<sup>1</sup> Документ WHO/FRH/WHD/97.8.





12. Была создана глобальная библиографическая и статистическая база данных, с помощью которой вначале будет собираться информация о насилии в отношении женщин в рамках семьи, изнасилованиях и сексуальных нападениях. Акцент в этой базе данных будет поставлен на распространенности этой формы насилия и его последствиях для здоровья женщин, и она будет также включать неопубликованные данные. На сегодняшний день в эту базу данных уже внесено свыше 600 статей из всех регионов, а также было получено свыше 100 запросов на информацию. Накопленная информация используется в поддержку пропагандистской и научно-исследовательской деятельности, а также при разработке политики как в рамках ВОЗ, так и вне ее. ВОЗ сделает эту информацию более доступной путем сотрудничества с соответствующей программой в статистическом отделе ООН и, в конечном итоге, с помощью Интернет.

13. Предпринимаются усилия по мобилизации средств для сбора информации о мерах предупреждения насилия в отношении женщин и оказания соответствующей им помощи, а также о разработке и проверке таких мер в секторе здравоохранения, поскольку на данный момент практически не имеется каких-либо документированных данных об усилиях в этом направлении, предпринимаемых в различных частях мира. Наиболее новаторские и творческие группы зачастую имеют меньше всего времени, средств или технических знаний, необходимых для подготовки отчетов о своей работе, которые могут оказаться весьма полезными для других групп, работающих в этой сфере.

## V. РАЗВИТИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### ИСТОРИЯ ВОПРОСА

1. Девяносто восьмая сессия Исполнительного комитета, обеспокоенная увеличением акцента на "вертикальные", ориентированные на болезни программы, назначила специальную рабочую группу по развитию систем здравоохранения, которая представила свой доклад Исполкому на его Сотой сессии. Исполком после рассмотрения этого доклада принял резолюцию EB100.R1, в которой, в частности, Генеральному директору предлагается "начать крупную инициативу по исследованиям, пропаганде, созданию потенциала и поддержке странам в целях развития систем здравоохранения и ... представить план действий по этой инициативе на рассмотрение Сто первой сессии Исполкома. До принятия этой резолюции Пятидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения по предложению Движения неприсоединившихся стран приняла резолюцию WHA50.27 об укреплении развития систем здравоохранения в развивающихся странах и предложила Генеральному директору "представить доклад о достигнутом прогрессе Пятидесят первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения". В настоящем докладе излагается план действий, предложения о котором содержатся в резолюции EB100.R1; предварительный доклад о ходе работы в соответствии с резолюцией WHA50.27 будет обновлен до его представления Ассамблее здравоохранения.

2. Специальная рабочая группа Исполнительного комитета пришла к выводу, что поддержка ВОЗ развития систем здравоохранения является недостаточно сильной и что многие другие учреждения (такие, как Всемирный банк и ЮНИСЕФ) предприняли ряд инициатив в этой области. Однако опыт проведения реформ медико-санитарной помощи во всем мире свидетельствует о том, что необходимость критической и конструктивной оценки функционирования систем здравоохранения является большей, чем когда-либо ранее.

### ИНИЦИАТИВА ПО РАЗВИТИЮ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (РЕЗОЛЮЦИЯ EB100.R1)

3. Цель этой инициативы состоит в повышении внимания к системам здравоохранения и придаваемого им приоритета в качестве части усилий по развитию здравоохранения и гуманитарному развитию в странах и на международной арене, а также в разработке соответствующей политики и стратегий, основанных на опыте реформ сектора здравоохранения в странах. Эта инициатива должна четко определить роли, функции и уровни различных компонентов развития систем здравоохранения и, при необходимости, расширить возможности. Особое внимание при ее осуществлении будет обращено на наименее развитые страны и на страны, которые отстают в выполнении задач по достижению здоровья для всех, и приоритет будет отдан потребностям уязвимых и маргинализированных групп населения в странах. Она создаст связи с национальными учреждениями для проведения совместных мероприятий и оказания им содействия. Она создаст региональные и глобальные справочные центры в качестве хранилищ информации по развитию систем здравоохранения, к которым могут обращаться все заинтересованные страны. Она создаст и укрепит партнерские связи с другими двусторонними и многосторонними учреждениями на основе хорошо сложившейся и признанной политики. И наконец, в рамках Организации она приведет в движение механизмы для объединения различных элементов развития систем здравоохранения и различных технических программ, с тем чтобы обеспечить во всей Организации комплексную и последовательную поддержку странам и создать "мозговой центр" для мониторинга и оценки политики. Полное осуществление этой инициативы будет зависеть от наличия средств регулярного бюджета и внебюджетных средств для программы.

## ВНЕШНЯЯ КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ГРУППА

4. В соответствии с резолюцией ЕВ100.Р1 Генеральный директор учредил внешнюю консультативную группу. Эта группа, в состав которой входят восемь членов, встретилась в ноябре 1997 г. и изучила план действий по глобальной инициативе. Эта инициатива будет находиться под постоянным контролем со стороны руководящих органов, а также консультативной группы. Периодические доклады о ходе работы будут представляться Исполнительному комитету.

## ПРЕДЛАГАЕМЫЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ

5. Этот план состоит из следующих элементов:

- |   |                  |
|---|------------------|
| (1) подготовка проекта наброска глобальной инициативы   | ноябрь 1997 г.   |
| (2) рассылка проекта отдельным лицам, а также бывшим и нынешним членам Исполнительного комитета для комментариев  | декабрь 1997 г.  |
| (3) получение замечаний со стороны членов Исполкома на его Сто первой сессии  | январь 1998 г.   |
| (4) пересмотр наброска с учетом замечаний   | февраль 1998 г.  |
| (5) подготовка детальных предложений, в том числе в отношении финансирования, и формирование сети учреждений, участвующих в развитии систем здравоохранения | март 1998 г.     |
| (6) начало осуществления инициативы (см. пункт 3 выше)  | май 1998 г.      |
| (7) представление детального рабочего плана внешней консультативной группе  | сентябрь 1998 г. |
| (8) проведение совещания потенциальных доноров  | ноябрь 1998 г.   |
| (9) представление доклада о ходе работы Исполнительному комитету на его Сто третьей сессии  | январь 1999 г.   |

## ХОД ВЫПОЛНЕНИЯ РЕЗОЛЮЦИИ WNA50.27

6. Генеральный директор укрепляет аналитические возможности Организации, с тем чтобы извлечь преимущества из опыта реформ сектора здравоохранения в странах. Однако по-прежнему серьезным ограничением продолжает оставаться нехватка ресурсов. В то же время Организация сотрудничает с Движением неприсоединившихся стран в целях создания сети учреждений в развивающихся странах для систематизации, представления и распространения информации о подходах к реформам сектора здравоохранения. Эта сеть начнется с одного учреждения в каждой из приблизительно десяти стран и постепенно будет расширена для охвата значительного числа развивающихся стран. В феврале 1998 г., как предполагается, состоится первое совещание сети, на котором будет принято решение о ее плане действий. Активное участие в этих усилиях принимает ПРООН. Другие учреждения, такие как Всемирный банк, также предпринимают шаги по активизации своего сотрудничества с Организацией. В то же время развитие систем здравоохранения стало ключевым элементом

в обновлении стратегии достижения здоровья для всех, которая будет представлена на предстоящей сессии Ассамблеи здравоохранения.

## VI. ПРОГРАММА И ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ СТИПЕНДИЙ

### ВВЕДЕНИЕ

1. Настоящий обзор дополняет и усиливает заявления, содержащиеся в докладе Генерального директора Девяносто девятой сессии Исполнительного комитета (документ ЕВ99/19, сс.11-14), и основывается на состоявшихся в результате этого дискуссиях в Исполнительном комитете в январе 1997 г.<sup>1</sup> В нем представлен тщательный анализ программы стипендий за период 1990-1996 гг., т.е. за три полных двухгодичных периода и первый год нынешнего двухгодичного периода (1996-1997 гг.).

2. Представление статистических данных по "ключевым программным характеристикам" содержится в документе ЕВ101/INF.DOC./2. В настоящем документе описаны механизмы для контроля управления, планирования политики и оценки.

### КОНТРОЛЬ УПРАВЛЕНИЯ

#### Процесс отбора

3. В тех случаях, когда ВОЗ участвует в отборе стипендиатов, она может содействовать соответствующей политике, устанавливать приоритеты и фактически отдавать голоса за кандидатов. Многие страны создали специальные комитеты по отбору кандидатов на стипендии, членский состав которых иногда включает представителей других секторов (например, в Американском регионе). В Регионе Юго-Восточной Азии все страны имеют национальные комитеты по отбору кандидатур. В других регионах доля стран, имеющих такие комитеты, колеблется в диапазоне от более чем 90% в Африке до приблизительно 8% в Европе. В некоторых случаях соблюдаются открытые критерии отбора, взятые из планов развития людских ресурсов. В региональных бюро дальнейшее рассмотрение заявлений на стипендии предпринимается на трех уровнях: сотрудником по стипендиям (административная оценка), региональным советником (техническая оценка) и директором (утверждение от имени регионального директора). Только лишь в исключительных случаях заявления направляются региональному директору для специального утверждения.

4. Степень отклонения заявок на уровне регионального бюро варьируется. В Регионе Восточного Средиземноморья она находится в диапазоне от 10,5% (1996 г.) до 34,7% (1990 г.). К общим причинам отказа относятся несовместимость программы обучения с согласованным планом действий, отсутствие средств, неадекватная квалификация (включая лингвистические способности) или же превышение кандидатом установленного предельного возраста.

#### Мониторинг осуществления и использования стипендий

5. ВОЗ через систему отчетности систематически проводит мониторинг эффективности осуществления и использования стипендий. Эта система включает вопросники, направляемые стипендиатам и учебным заведениям в период обучения, и вопросник, направляемый через 12 месяцев после завершения обучения лицам, получавшим стипендию, и их национальной администрации здравоохранения, об использовании услуг стипендиата в их странах. Степень получения окончательных отчетов о стипендиях (получаемых зачастую лишь после нескольких напоминаний) в большинстве регионов колеблется от 20% до 50%.

6. В Американском регионе приблизительно 75% стипендиатов составляют окончательный отчет. Отчеты об использовании представляются лишь в 10%-20% случаев. В отношении

---

<sup>1</sup> См. документ ЕВ99/1997/REC/2, сс. 214-216.

стипендиатов, не возвращающихся в свои страны, все регионы указали, что это является исключением. В Европейском регионе и Регионе Восточного Средиземноморья таких случаев не было в течение семи и трех лет соответственно. В Американском регионе степень возвращения превышает 90%. Недавнее исследование, проведенное в Китае, выявило относительно скромную степень возврата в 75%, однако компенсация расходов не вернувшимися стипендиатами является в основном успешной. В Регионе Юго-Восточной Азии считается, что оценка после использования стипендии в целом улучшится, если будет укреплена роль государственных органов и представителей ВОЗ. Следует отметить, что соответствие правилам ВОЗ об отчетности варьируется от страны к стране и от региона к региону, а также в зависимости от времени, так что к любым средним цифрам следует относиться с осторожностью. Ожидается, что внедрение "средства оценки" во всей Организации даст больше количественных данных по этому аспекту управления стипендиями.

#### Оценка программ подготовки

7. Это имеет непосредственное значение для размещения стипендиатов. ВОЗ приняла ряд взаимодополняющих подходов: регулярно запрашиваются мнения технических подразделений, а также представителей ВОЗ, а данные о качестве учебных заведений и программ хранятся для внутреннего использования у администрации по стипендиям наряду с мнениями стипендиатов, которые берутся из их окончательных отчетов и получаются в ходе специальных обследований (Регион Западной части Тихого океана), причем основным критерием для оценки программ является соответствие программ стратегиям достижения здоровья для всех и национальным приоритетам в конкретном регионе; важным фактором становится также стоимость обучения.

8. Однако оценка является лишь первым шагом в широком процессе, конечной целью которого является усиление соответствия и качества учебной деятельности и учебных заведений. Усилия по переориентации медицинского образования представляют собой яркий пример этого подхода, который является общим для региональных бюро и штаб-квартиры.

## ПЛАНИРОВАНИЕ И ОЦЕНКА ПОЛИТИКИ

### Приведение стипендий в соответствие с национальными планами и целями ВОЗ

9. Четкие приоритеты для развития национального сектора здравоохранения и, в частности планы по развитию людских ресурсов, являются необходимыми предварительными условиями для обоснованного принятия решений в отношении стипендий. Хотя в ряде регионов такие официальные планы пока еще в четко оформленном виде отсутствуют,<sup>1</sup> обычно имеются другие механизмы для установления приоритетов в отношении изучения здравоохранения и связанных со здоровьем наук. ВОЗ применяет разнообразные подходы к стимулированию таких механизмов. В Африканском регионе страны призываются к составлению планов развития людских ресурсов на 1998-1999 гг., включая стипендии. В Американском регионе представители стран регулярно взаимодействуют с национальными органами в рамках установленного процесса составления бюджета для ежегодной программы в целях определения приоритетов в развитии людских ресурсов. В Регионе Юго-Восточной Азии в 1996 г. было широко распространено "Руководство по анализу и формулированию политики в области развития людских ресурсов", а в августе 1996 г. была проведена "Четвертая региональная консультация по политике и оценке в области стипендий", на которой присутствовали делегаты из всех государств - членов Региона. В ряде стран приняты новые условия в отношении стипендий. Индонезия учредила внутристрановую программу стипендий, которая

---

<sup>1</sup> Усилия ВОЗ на региональном уровне и на уровне штаб-квартиры по оказанию поддержки странам в таком планировании, как ожидается, надлежащим образом изменят эту ситуацию.

координируется Национальным советом по стипендиям. Бангладеш и Непал изменили свои подходы к планированию и использованию стипендий, с тем чтобы приблизить присуждение



стипендий к национальным приоритетам здравоохранения. Региональным комитетом для стран Юго-Восточной Азии в сентябре 1997 г. был одобрен метод большего использования региональных и внутристрановых учебных учреждений. В Европейском регионе почти все новые независимые государства и другие страны Восточной Европы имеют национальные планы, однако по-прежнему имеется необходимость в том, чтобы стипендии стали неотъемлемой частью этих планов в большинстве случаев. В Регионе стран Восточного Средиземноморья стипендии являются неотъемлемой частью национальных планов действий, обсужденных в ходе совместных миссий по рассмотрению программ. В Регионе Западной части Тихого океана стипендии связаны с политикой "Новые горизонты в здравоохранении". Во всех регионах во внутренних процессах рассмотрения особое внимание обращается на совместимость заявлений на стипендии с целями ВОЗ и согласованными планами действий.

Мониторинг политики: применение "средства оценки" на страновом уровне

10. По просьбе Исполнительного комитета в январе 1997 г. это средство было внедрено, и в середине года после перевода на английский, арабский, французский, португальский, русский и испанский языки государствам-членам были направлены вопросники. Ожидается, что его использование улучшит все аспекты программы стипендий и будет стимулировать пересмотр национального планирования в области развития людских ресурсов. В Американском регионе результаты оценки, включая позиции, относящиеся к эффективности ВОЗ и учебных заведений, будут предоставлены странам, разрабатывающим стратегии преодоления выявленных недостатков. Поскольку это средство будет использоваться для контроля через регулярные интервалы времени, ожидается, что среднесрочные и долгосрочные результаты включают разработку национальных планов здравоохранения, лучше отражающих приоритеты в области подготовки, укрепление национальных комитетов по подбору кандидатур на стипендии и соответствующую консультативную роль для ВОЗ.

## VII. ПЕРЕСМОТРЕННАЯ СТРАТЕГИЯ В ОБЛАСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

1. Ключевые элементы пересмотренной стратегии в области лекарственных средств применяются более чем в 120 странах. Для достижения целей этой стратегии необходимы постоянные усилия. Отдел по управлению и политике в области лекарственных средств (DMP) разрабатывает, устанавливает и содействует применению международных стандартов безопасности, качества, эффективности биологических и фармацевтических препаратов и распространяет нормативную информацию в области лекарственных средств. Программа действий в области лекарственных средств (DAP) оказывает активную поддержку странам в осуществлении политики и программ, которые направлены на достижение целей пересмотренной стратегии в области лекарственных средств. В 1997 г. был внедрен новый оперативный план для структуры программы, который подчеркивает эффективность разработки страновых программ. Этот план подчеркивает также пять областей для политического и технического развития: национальную политику в области лекарственных средств, экономику здравоохранения и финансирование в области лекарственных средств, управление в области лекарственных средств и стратегии снабжения, рациональное использование, а также регулирование и потенциал для обеспечения качества в области лекарственных средств. Содействие сотрудничеству со странами осуществляется с помощью находящихся в каждом из шести регионов ВОЗ программ и советников по основным лекарственным средствам и фармацевтическим препаратам. Элементы пересмотренной стратегии в области лекарственных средств применяются также посредством других программ ВОЗ по укреплению здоровья и борьбе с болезнями.

2. Более 70 стран имеют в рамках национальной политики здравоохранения национальную политику в области лекарственных средств, основанную на концепции основных лекарственных средств. В настоящее время широко признано, что национальная политика в области лекарственных средств обеспечивает важную связь, удовлетворяя реальные потребности здравоохранения посредством развития фармацевтического сектора. Создание автономных центральных медицинских складов и другие новаторские мероприятия в области снабжения улучшили наличие лекарственных средств в некоторых государствах-членах, особенно в Африке. Государства-члены получают все большую поддержку для надлежащих стратегий финансирования в области лекарственных средств. Рациональное использование лекарственных средств получает внимание в результате рассмотрения учебных планов по базисной подготовке, непрерывному образованию и развитию людских ресурсов.

3. ВОЗ вместе с государствами-членами работала над лучшей координацией и лучшим согласованием их национальных стратегий в области лекарственных средств. В этих целях Организация организовала в 1996 г. в Манаме, Бахрейн, Международную конференцию органов регулирования в области лекарственных средств, а также в каждом регионе ВОЗ были проведены региональные или субрегиональные совещания для органов регулирования, руководителей в области лекарственных средств и политиков. Кроме того, ВОЗ подготовила такие материалы, как руководящие принципы ВОЗ для разработки национальной политики в области лекарственных средств, практическое руководство по показателям для мониторинга такой политики для сравнительных исследований, а также публикации по соответствующим аспектам реформ сектора здравоохранения. Руководящие принципы, составленные Международной конференцией по согласованию, были распространены среди всех государств-членов ВОЗ.

4. ВОЗ активно содействует пониманию и осуществлению принятых ВОЗ Этических критериев продвижения лекарственных средств на рынок. Для содействия стратегии ВОЗ по рассмотрению и оценке эффективности этических критериев было создано совещание "круглого стола", в котором приняли участие государства-члены и заинтересованные стороны. В составленном в результате этого стратегическом документе ВОЗ обращается внимание на продолжение осуществления случаев неэтичного продвижения лекарственных средств на рынок. В нем излагаются меры по оказанию большего воздействия посредством межсекторального и международного сотрудничества, более жесткого регулирования, кодексов саморегулирования и мер по предоставлению пользователям и специалистам здравоохранения возможности критически оценивать действия по продвижению лекарственных средств на рынок.

5. Система ВОЗ сертификации качества фармацевтических препаратов, поступающих в международную торговлю, вновь подтвержденная в резолюции WHA50.3, продолжает пропагандироваться среди органов регулирования в области лекарственных средств, населения, служб снабжения лекарственными средствами и таких служб неправительственных организаций, а также в фармацевтической промышленности. В настоящее время приблизительно 140 государств-членов присоединились к этой Системе.

6. В 1996 г. после состоявшихся во всем мире консультаций Руководящие принципы по бесплатному предоставлению лекарственных средств были выпущены в качестве межучрежденческого документа, одобренного ВОЗ, ЮНИСЕФ, УВКБ и пятью другими международными организациями. Эти принципы были широко распространены на английском, французском и испанском языках. Австралия, Италия, Норвегия, Зимбабве и другие государства-члены в настоящее время имеют национальные принципы в отношении бесплатного предоставления лекарственных средств, основанные на межучрежденческих руководящих принципах.

7. Доступ к основным лекарственным средствам в значительной степени зависит от разумных цен на них и на сырье хорошего качества. ВОЗ в консультации с заинтересованными сторонами начала исследование по ценам и источникам информации о ценах на основные лекарственные средства. Африканский регион уже начал опытное применение практики обмена информацией о региональных ценах. ВОЗ продолжает обеспечивать регулярное наличие информации о ценах на сырье для основных лекарственных средств. Она завершила также обзоры политики ценообразования в странах Америки и Европы и подготавливает краткий глобальный анализ.

8. Регулирование и обеспечение качества лекарственных средств получают все больше внимания в результате большего акцента на эффективное регулирование в области лекарственных средств и постоянной работы над фармацевтическими нормами. Во всех шести регионах ВОЗ получили поддержку сети регулирующих органов, обмен информацией, регистрация лекарственных средств с помощью компьютеров, совещания по согласованию мер и другие межстрановые и/или страновые инициативы. Только в течение двухгодичного периода 1996-1997 гг. поддержка в регулировании и обеспечении качества была предоставлена приблизительно 40 государствам-членам. Спецификации для контроля качества субстанций и лекарственных препаратов, содержащихся в Примерном перечне ВОЗ основных лекарственных средств, продолжают разрабатываться и публиковаться в Международной фармакопее (на английском, французском и испанском языках), и выпущен документ "Basic tests for pharmaceuticals" (на английском, французском, испанском, арабском и китайском языках). Руководящие принципы ВОЗ по надлежащей практике производства были

дополнены рекомендациями в отношении инспекции мест изготовления, каналов распределения и руководства по созданию лаборатории контроля качества. ВОЗ продолжает присваивать международные непатентованные наименования для вновь разрабатываемых фармацевтических субстанций и публиковать их перечни; она осуществляет проект по борьбе с поддельными лекарственными средствами, и Руководящие принципы по борьбе с поддельными лекарственными средствами находятся на завершающей стадии разработки. Количество стран, участвующих в международной системе мониторинга безопасности лекарственных средств, увеличилось до 47. Ряд развивающихся стран, в частности в Латинской Америке, Юго-Восточной Азии и Восточном Средиземноморье, получили помощь в создании систем мониторинга безопасности лекарственных средств.

9. ВОЗ продолжает составлять и распространять информацию о фармацевтических препаратах. Девятый выпуск Примерного перечня ВОЗ основных лекарственных средств был опубликован в 1997 г. Образец выписки был выпущен для ВИЧ и связанных с ним инфекций, а также для лекарственных средств, применяемых для лечения кожных заболеваний. Ведется работа над образцом формуляра ВОЗ для основных лекарственных средств. Ежеквартальный сборник информации ВОЗ по лекарственным средствам и ежемесячный информационный бюллетень ВОЗ по фармацевтическим препаратам дают текущую информацию о разработке лекарственных средств, регулировании в области лекарственных средств и нормативных решениях в отношении лекарственных средств.

10. Продолжается сбор информации из государств-членов о политике в отношении разработки лекарственных средств для редких и тропических болезней. Рабочая группа всех основных программ ВОЗ, занимающихся новыми лекарственными средствами, определяет стратегию, с помощью которой ВОЗ может содействовать разработке новых лекарственных средств и доступу к ним.

11. ВОЗ начала работу по определению вопросов в рамках соглашений Всемирной торговой организации (ВТО), относящихся к политике в области лекарственных средств и доступу к основным лекарственным средствам; по содействию сотрудничеству с ВТО; по сопоставлению соглашений ВТО с техническими требованиями и руководящими принципами ВОЗ для фармацевтических и биологических препаратов; по оценке воздействия "глобализации" на национальные задачи политики в области лекарственных средств; по оказанию консультативной помощи государствам-членам в отношении мер по охране здоровья населения при осуществлении новых торговых соглашений; и по расширению осознания в странах значения соглашений о международной торговле для здоровья населения.

## VIII. ТРАНСГРАНИЧНАЯ РЕКЛАМА, ПРОПАГАНДА И ПРОДАЖА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОДУКЦИИ ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ

1. Специальная рабочая группа была создана Генеральным директором в Женеве с 3 по 5 сентября 1997 г.<sup>1</sup> в соответствии с резолюцией WHA50.4.

2. Специальная рабочая группа рассмотрела последствия резолюции WHA50.4 и сформулировала следующие рекомендации:

**(1) Государствам-членам следует:**

- рассмотреть существующее законодательство, регулирующие положения и руководящие принципы для обеспечения их адекватности и применимости в целях охвата вопросов, касающихся трансграничной рекламы, пропаганды и продажи медицинской продукции с помощью Интернет;
- разрабатывать, оценивать и осуществлять стратегии для мониторинга, контроля и принятия принудительных мер в отношении трансграничной рекламы, пропаганды и продажи медицинской продукции с помощью Интернет. При необходимости следует принять и, за исключением чрезвычайных обстоятельств, широко опубликовать информацию о принудительных мерах;
- сотрудничать с другими государствами-членами по вопросам, связанным с Интернет, и назначить соответствующие пункты контактов, и распространять эту информацию также через ВОЗ всем государствам-членам;
- распространять информацию о проблемных случаях и аспектах трансграничной рекламы, пропаганды и продажи медицинской продукции с помощью Интернет в ВОЗ, в других государствах-членах и, в случае необходимости, среди населения;
- по возможности создавать пункты во всемирной компьютерной сети для распространения информации о медицинской продукции и нормативной информации;
- поддерживать и/или создавать механизмы для ответа на запросы, поступающие от населения;
- информировать население о том, что Интернет является сильным новым средством для предоставления медицинской информации и просвещать специалистов здравоохранения и потребителей по вопросам использования Интернет; такое просвещение должно включать, по возможности, навыки

---

<sup>1</sup> Членами этой группы являлись д-р G. Thiers, директор Института общественного здравоохранения им. Луиса Пастера, Брюссель, Бельгия (Председатель), д-р Mariatou Tala Jallow, Национальные фармацевтические службы, Банжул, Гамбия (заместитель Председателя), д-р S. Nightingale, помощник Специального уполномоченного, Администрация США по контролю продовольствия и лекарственных средств, Вашингтон, округ Колумбия, США (докладчик), а также д-р J.E. Idänpään-Heikkilä, директор Отдела по управлению и политике в области лекарственных средств, и д-р M. Ten Nam, Отдел по безопасности лекарственных средств, которые совместно выполняли функции секретарей.

доступа, преимущества и опасности изделий, с тем чтобы предотвратить вред для людей от ложной или вводящей в заблуждение информации о медицинской продукции;

- в отношении информации, пропаганды и рекламы медицинских изделий в Интернет следует поощрять государства-члены к разработке и осуществлению добровольного кодекса поведения, применимого ко всем организациям, заносящим информацию в Интернет; это включает, например, идентификацию источника информации и ее статуса (например, реклама, спецификация, информационная брошюра для пациентов) и должно функционировать в контексте саморегулирующейся системы, подкрепленной, в случае необходимости, законодательством; следует поощрять присоединение к принципам принятых ВОЗ Этических критериев продвижения лекарственных средств на рынок; и
- сотрудничать другими государствами-членами в целях разработки надлежащих мер по предупреждению трансграничной рекламы, пропаганды и продажи медицинской продукции с помощью Интернет странам, в которых это является незаконным; по возможности следует создать организованную систему лицензирования всех лиц и учреждений, занимающихся торговлей медицинской продукцией;

**(2)** фармацевтической промышленности, специалистам здравоохранения, потребительским организациям и другим заинтересованным сторонам следует:

- обучать своих членов эффективному использованию Интернет;
- поощрять своих членов, в случае необходимости, содействовать формулированию и использованию принципов надлежащей информационной практики, которые, в случае применимости, должны соответствовать принципам, содержащимся в принятых ВОЗ Этических критериях продвижения лекарственных средств на рынок; и
- осуществлять мониторинг и сообщать о проблемных случаях и аспектах, связанных с трансграничной рекламой, пропагандой и продажей медицинской продукции с помощью Интернет.

**(3)** Генеральному директору следует:

- поощрять международное сообщество к формулированию принципов саморегулирования для надлежащей информационной практики в соответствии с принципами принятых ВОЗ Этических критериев продвижения лекарственных средств на рынок;
- разработать образец руководства для государств-членов по обучению пользователей Интернет тому, как наилучшим образом получать информацию о медицинской продукции через Интернет;
- сотрудничать с другими соответствующими международными организациями и учреждениями по вопросам Интернет, связанным с медицинской продукцией;

- призвать государства-члены создавать или укреплять механизмы мониторинга и, в случае необходимости, осуществлять изучение трансграничной рекламы, пропаганды и продажи медицинской продукции с помощью Интернет, а также предоставлять соответствующую техническую помощь;
- призвать государства-члены предпринять, в случае необходимости, регулирующие действия в отношении нарушений их национальных законов, касающихся рекламы, пропаганды и продажи медицинской продукции с помощью Интернет;
- поощрять государства-члены и соответствующие неправительственные организации к тому, чтобы они сообщали ВОЗ о проблемных случаях и аспектах трансграничной рекламы, пропаганды и продажи медицинской продукции с помощью Интернет;
- сообщать надлежащим образом о проблемных случаях и вопросах государствам-членам.

3. Специальная рабочая группа далее рекомендовала, чтобы Исполком принял проект резолюции, содержащейся в разделе XIV настоящего документа.

## IX. ЭТИЧЕСКИЕ, НАУЧНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КЛОНИРОВАНИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

1. После обсуждений по вопросам клонирования, состоявшихся на Пятидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 1997 г., и в соответствии с резолюцией WHA50.37 Генеральный директор учредил внутреннюю группу с целью укрепления координации деятельности и обмена информацией по всем вопросам, относящимся к этике и здоровью, в том числе по "этическим, научным и социальным последствиям клонирования в области здоровья человека". В состав руководящей группы по этике и здоровью входят члены различных технических программ ВОЗ, а местные координаторы были назначены в шести региональных бюро, в штаб-квартире, а также в Международном агентстве по изучению рака в Лионе.

2. В ходе обсуждения вопросов клонирования в мае 1997 г. Ассамблея здравоохранения выразила пожелание, чтобы Генеральный директор учредил глобальный комитет экспертов, перед которым будет стоять задача рассмотрения и решения связанных с клонированием вопросов. Для подготовки работы такого комитета ВОЗ запланировала совещания в различных программных областях, которые должны состояться до конца 1997 г. Цель этих совещаний заключается в уточнении соответствующих аспектов здоровья человека, а также этических и социальных вопросов, относящихся к каждому из этих аспектов. Особое внимание уделяется обеспечению участия в работе этих совещаний экспертов из различных дисциплин и культур, а также представителей соответствующих национальных научно-исследовательских институтов и международных организаций. В настоящее время предпринимаются шаги для обеспечения того, чтобы представители регионов ВОЗ имели возможность полноценного участия в работе вышеуказанного глобального комитета экспертов и в подготовительном процессе.

3. На Сто первой сессии Исполкома будет представлен доклад (документ EB101/INF.DOC./3) о результатах работы в следующих областях:

(1) Репродуктивное здоровье. В рамках специальной программы научных исследований, разработок и подготовки научных кадров в области воспроизводства населения при поддержке фонда развития, находящегося в ведении Генерального директора, было организовано совещание научно-этической обзорной группы (22-24 октября 1997 г., Женева). В последний день работы этой группы было проведено внеочередное заседание, полностью посвященное вопросам клонирования, активное участие в котором приняли представители развивающихся стран, а также представители самых различных культурных и религиозных групп населения. Цель этого заседания заключалась в обзоре и анализе отношения людей (и их реакции) к потенциальному использованию методов клонирования в области репродуктивного здоровья, уточнение областей консенсуса по связанным с клонированием этическим вопросам и вопросам общественной политики, а также в рассмотрении того, нужны ли в этой области международные рекомендации, регулирующие положения или законодательство.

(2) Ксенотрансплантация. Другое совещание было организовано Отделом возникающих и других инфекционных заболеваний, также при поддержке фонда развития, находящегося в ведении Генерального директора. Это совещание было проведено в Женеве 28-30 октября 1997 г., и оно было посвящено нынешнему состоянию научных исследований и технологических разработок в области ксенотрансплантации, при этом особое внимание было уделено вопросам предупреждения инфекционных



болезней и соответствующим этическим вопросам. На совещании были рассмотрены такие вопросы, как разведение "животных-доноров" и контроль за ними, применение методов генной инженерии, включая клонирование, и их последствия, отношение общества и реципиентов, права человека, принципы общественной политики, регулирующие требования. Это совещание было проведено после второго заседания целевой группы по трансплантации органов (Аннеси, Франция, 9 и 10 октября 1997 г.), организованного по инициативе Бюро по политике в области научных исследований и координации стратегии при поддержке сотрудничающего центра ВОЗ им. Марселя Мирё. На своем первом заседании в октябре 1996 года целевая группа рекомендовала усилить изучение и мониторинг методов ксенотрансплантации, которые были также включены в повестку дня его второго заседания.

(3) Биологические материалы. Комитет экспертов ВОЗ по биологической стандартизации провел свое совещание в Женеве 27-31 октября 1997 г. для того, чтобы, в частности, рассмотреть вопросы использования трансгенетических мышей для контроля качества оральной полиовакцины.

(4) Генетические и наследственные нарушения. При поддержке Фонда развития, находящегося в ведении Генерального директора, 15 и 16 декабря 1997 г. по инициативе ВОЗ будет проведено совещание для пересмотра рекомендаций ВОЗ по этическим вопросам в медицинской генетике. ВОЗ также частично финансирует международный симпозиум по нынешним тенденциям в медицинской генетике и биоэтике в различных культурных, юридических и учрежденческих условиях, который состоится в г. Фукуй (Япония) 8 ноября 1997 г. в рамках азиатской конференции ЮНЕСКО по вопросам биоэтики (Кобе, Япония, 4-8 ноября 1997 г.).

(5) Научные исследования и участие регионов в обсуждениях по этическим вопросам. Совещание глобального ККНИЗ состоялось в Женеве 21-24 октября 1997 г. В соответствии с рекомендациями, содержащимися в докладе Генерального директора на сессии Ассамблеи здравоохранения<sup>1</sup>, ККНИЗ рассмотрел пути, с помощью которых он может способствовать сбору и распространению информации и содействовать общественным обсуждениям по относящимся к клонированию этическим, научным и социальным вопросам, особенно на региональном и субрегиональном уровнях.

4. Генеральный директор также предложил региональным бюро принять участие в сборе информации по инициативам, предпринимаемым государствами-членами с целью оценки потенциального использования и последствий клонирования. Информация, полученная на сегодняшний день, включает документы с изложением позиции от национальных этических комитетов, международных учреждений и религиозных органов. В ответах, полученных от ПАОЗ и региональных бюро Юго-Восточной Азии и Восточного Средиземноморья, подчеркивается необходимость осторожного и рационального подхода к оценке потенциальной пользы от клонирования в медицинских целях. В них также подчеркивается важность культурных, религиозных и социальных ценностей, а также потенциальных последствий этой практики для гражданского права. Все три региональных бюро подчеркивают необходимость создания этических комитетов и содействия образованию по вопросам этики в странах. Было также указано на необходимость защиты развивающихся стран от проведения в них внешними организациями нерегулируемых научных исследований с участием людей.

---

<sup>1</sup> Документ WHA50/30, пункты 7 и 17.

## Х. УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ

1. Четвертая международная конференция по укреплению здоровья, Джакарта, Индонезия, 21-25 июля 1997 г., на тему "Новые действующие лица для новой эры - продолжение деятельности по укреплению здоровья в двадцать первом столетии" была первой конференцией, проведенной в развивающейся стране, и более половины ее участников были из развивающихся стран. Она стала логическим продолжением Первой международной конференции по укреплению здоровья, проведенной в Оттаве (1986 г.), на которой была принята Оттавская хартия укрепления здоровья, содержащая руководящие принципы для национальной и международной деятельности. Вторая и Третья международные конференции по укреплению здоровья, проведенные в Австралии (Аделаида, 1988 г.) и Швеции (Сундсваль, 1991 г.), привели к принятию Аделаидских рекомендаций по здоровой общественной политике и Сундсвальскому заявлению по поддерживающей окружающей среде. Четвертая международная конференция состоялась через 20 лет после принятия ВОЗ в Алма-Ате обязательств по достижению здоровья для всех и принципов первичной медико-санитарной помощи. Она содействовала выполнению резолюции WHA42.44 об укреплении здоровья, общественной информации и просвещении в целях здоровья, в которой признается, что "дух и принципы Алма-Атинской конференции нашли свое дальнейшее развитие в Оттавской хартии укрепления здоровья ..." и что "просвещение по наиболее важным проблемам здравоохранения и методам их предупреждения и разрешения" является первым из восьми основных элементов первичной медико-санитарной помощи".

2. Конференция проходила на фоне крупных глобальных изменений, происшедших после Оттавской конференции, состоявшейся в 1986 г. Перед ней стояли три задачи:

- рассмотреть и оценить воздействие укрепления здоровья;
- определить новаторские стратегии для достижения успеха в укреплении здоровья;
- содействовать развитию "партнерства" в деле укрепления здоровья для выполнения глобальных задач в области здравоохранения.

3. Конференция, официально открытая президентом Индонезии, не только одобрила Оттавскую хартию укрепления здоровья, но и подтвердила необходимость укрепления здоровья как для развивающихся, так и для развитых стран, четко ставя его в центр развития здравоохранения.

4. Джакартская декларация о "Продолжении деятельности по укреплению здоровья в двадцать первом столетии" подтверждает результаты рассмотрения и оценки эффективности укрепления здоровья. В ней заявляется, что укрепление здоровья является практическим подходом к достижению большей справедливости в отношении здоровья. Пять стратегий, изложенных в Оттавской хартии, имеют важное значение для успеха. В настоящее время совершенно очевидно, что всеобъемлющие подходы к развитию здравоохранения являются наиболее эффективными и что конкретные места предоставляют практические возможности для осуществления таких всеобъемлющих стратегий.

5. Декларация отражает четкие обязательства участников Конференции развивать партнерство и описывает широкий диапазон ресурсов, необходимых для решения глобальных проблем здравоохранения в двадцать первом столетии. В ней подчеркивается необходимость

---

большого партнерства с университетами, частным сектором и индустрией развлечений для расширения деятельности по укреплению здоровья. Она призывает делать больше инвестиций в здоровье, "передавать полномочия" отдельным людям и населению в целом, повышать социальную ответственность за здоровье и объединять инфраструктуру в целях укрепления здоровья.

6. Декларация призывает ВОЗ занять лидирующую роль в создании глобальных союзов по укреплению здоровья и в предоставлении ее государствам-членам возможностей применять результаты этой Конференции, привлекая к этому правительства, организации системы Организации Объединенных Наций, межрегиональные органы, банки по развитию, двусторонние учреждения, неправительственные организации, профсоюзное движение и кооперативы, а также частный сектор к содействию приоритетам для действий в целях укрепления здоровья.

7. В дополнение к Джакартской декларации на симпозиуме по партнерству, проведенном в ходе этой Конференции, были составлены заявления об укреплении здоровья в школах, старении и здоровье, "здоровых городах" и "здоровых рабочих местах". На заключительном пленарном заседании от имени участников из компаний и групп частного сектора было также зачитано заявление об их приверженности работе с ВОЗ. Джакартская декларация была единодушно принята без голосования; Конференция обеспечила глобальные направления и стимул для последующей деятельности по "продолжению укрепления здоровья в двадцать первом столетии".

## XI. ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

1. Настоящий доклад представлен в соответствии с резолюцией WHA33.32, пунктом 7 статьи 11 Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока, и резолюциями EB97.R13 и WHA49.15, касающимися докладов по питанию детей грудного и раннего возраста, надлежащей практике кормления и связанных с ними вопросам.

### БЕЛКОВО-КАЛОРИЙНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

2. Хотя поставленная на конец нынешнего десятилетия цель сокращения белково-калорийной недостаточности среди детей в возрасте до пяти лет наполовину уровня 1990 г., распространенность такой недостаточности в мире сократилась лишь с 28,5% (177,6 миллиона детей) в 1990 г. до 27,4% (167,9 миллиона детей) в 1995 г., а в некоторых африканских странах она фактически возросла. Недостаточность питания матерей остается основным фактором, ведущим приблизительно к 30 миллионам (23,8%) получающих недостаточное питание детей, рождающихся ежегодно с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР).<sup>1</sup> Факторы, связанные с бедностью, преобладают среди причин, вызывающих такую недостаточность питания, например плохое или ненадежное снабжение продуктами питания, инфекция и инвазия, отсутствие медико-санитарной помощи, неправильная практика кормления и плохой уход, неграмотность и кормление в чрезвычайных ситуациях.

3. Активизация технической и финансовой поддержки, оказываемой государствам-членам, особенно государствам с высоким коэффициентом недостаточности питания, а также подготовка и широкое распространение научно обоснованных руководящих принципов, норм, критериев и методологии питания составляют два основных подхода, осуществляемых ВОЗ. К настоящему времени 132 (69%) государства-члена укрепили свои национальные планы и программы в области питания в качестве непосредственной реакции на цели данного десятилетия, применяют руководящие стратегии, разработанные в соответствии со Всемирной декларацией и Планом действий<sup>2</sup>, и вновь подтвердили принятые ими в этом отношении обязательства.

4. Придавая большое значение мониторингу роста детей грудного и раннего возраста, а также оценке недостаточности питания в общине и на национальном уровне, ВОЗ также осуществляет четырехгодичное изучение справочных данных, касающихся роста, в котором принимают участие несколько центров в целях разработки новых репрезентативных в международных масштабах графиков, отражающих справочные данные о росте, которые основаны на данных, касающихся здоровых, вскармливаемых грудью детей и детей раннего возраста. Используемые в настоящее время графики роста, разработанные Национальным центром санитарной статистики Соединенных Штатов/ВОЗ, которые в основном отражают положение, существовавшее с искусственно вскармливаемыми детьми грудного возраста в семьях среднего класса на Кавказе в 1960-е годы, имеют довольно много недостатков, и вполне оправдывается их срочная замена. Многие страны стремятся принять участие в этом исследовании, и изыскиваются средства для обеспечения участия в нем развивающихся стран. В Бразилии уже начался сбор данных.

---

<sup>1</sup> de Onis M, Blössner M, Villar J. Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, November 1997. В этом контексте ЗВУР определяется как масса тела ниже 10-ой перцентили графика справочных данных, показывающего соотношение между массой тела при рождении и гестационным возрастом.

<sup>2</sup> См. *Joint FAO/WHO Progress Report on the Implementation of the ICN World Declaration and Plan of Action for Nutrition*. Food and Agriculture Organization, Rome, World Health Organization, Geneva, 1996.

## ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ

5. Хотя миллионы детей по-прежнему получают недостаточное питание, растет эпидемия ожирения у детей и взрослых, особенно в промышленно развитых странах, но также и в развивающихся странах с быстро развивающейся экономикой. Согласно оценкам, 22 миллиона детей в возрасте до пяти лет имеют в значительной степени избыточную массу тела (>2 средних квадратических отклонений выше эталонной медианы соотношения массы тела и роста). Ожирение у детей является основным фактором риска ожирения у взрослых, от которого, в свою очередь, согласно оценкам, страдают 286 миллионов человек. Это является значительным фактором риска в огромном бремени заболеваемости и смертности, вызываемыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, гипертензией, инсультом, диабетом (тип 2), некоторыми видами рака, болезнью печени, болезнью желчного пузыря и осложнениями. ВОЗ организовала важное консультативное совещание по проблеме ожирения<sup>1</sup>, и в связи с важностью проблемы срочно требуется введение регулярной глобальной отчетности и эффективных стратегий национального общественного здравоохранения в области питания.

## НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПИТАНИЯ ПИТАТЕЛЬНЫМИ МИКРОЭЛЕМЕНТАМИ

6. Многие страны достигли значительного прогресса в создании программ йодирования соли и в сокращении числа нарушений, вызванных недостаточностью йода (ННЙ), хотя недостаточность йода остается самой серьезной отдельной глобальной причиной предупреждаемых церебральных нарушений у плода, детей грудного и раннего возраста. Согласно оценкам, более 911 миллионов человек (всех возрастов) по-прежнему страдают от зоба. Тем не менее, из 118 стран, в которых ННЙ были проблемой общественного здравоохранения в 1990 г., 83 в настоящее время располагают хорошо действующими программами йодирования соли. Всесторонний доклад о ходе работы в этом направлении будет представлен Ассамблее здравоохранения в 1999 г.

7. От недостаточности витамина А, уровень которой хотя и снизился, по-прежнему страдают приблизительно 256 миллионов детей, из которых у 2,8 миллиона детей наблюдается нарушение зрения (ксерофтальмия), а остальные подвержены повышенному риску инфекции и смерти. Подобным образом от недостаточности железа и анемии страдают приблизительно 340 миллионов детей, и, согласно оценкам, 58% беременных женщин и 31% детей в возрасте до пяти лет в развивающихся странах страдают анемией. ВОЗ, ЮНИСЕФ, ФАО, ЮСАИД, КИДА и другие международные и двусторонние агентства по развитию оказывают поддержку деятельности в области питательных микроэлементов во многих из 76 стран, где недостаточность витамина А остается проблемой общественного здравоохранения. Наибольшие усилия направлены на разработку эффективных национальных программ и программ на уровне общины, основанных на принципах пропаганды практики грудного вскармливания, борьбу с инфекциями, разнообразие рациона питания, обогащение пищи и добавление питательных микроэлементов.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Отчет о Консультативном совещании ВОЗ по проблеме ожирения, Женева, 3-5 июня 1997 г. (неопубликованный документ WHO/NUT/NCD/97.2).

<sup>2</sup> В этой связи см. *Vitamin A supplements: a guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and xerophthalmia*. Второе издание. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1997 г.; *Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation*. Неопубликованный документ NUT/96.14; and *Iron deficiency: indicators for assessment*

## ПРОПАГАНДА ПРАКТИКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

8. Давно существующее в некоторых местах пренебрежение правом на грудное вскармливание в сочетании с вниманием коммерческого характера, существующем либо на рынке, либо в системах здравоохранения и среди специалистов здравоохранения, препятствует осуществлению практики грудного вскармливания. Согласно данным Глобального банка данных ВОЗ по грудному вскармливанию, который охватывает 94 страны и 65% детей грудного возраста во всем мире, лишь 35% детей грудного возраста в мире получают исключительно грудное вскармливание в какой-то промежуток времени между рождением и четырехмесячным возрастом. Хотя распространение практики грудного вскармливания расширилось в нескольких странах, в других странах широко распространена неправильная практика кормления, в результате которой сокращается период грудного вскармливания, а прикармливание, продукты которого часто заражены, вводится слишком рано (в развитых и развивающихся странах) или слишком поздно (в развивающихся странах). Результатом является высокий коэффициент недостаточности питания, заболеваемости и смертности.

9. Мониторинг прогресса в достижении оперативных целей Инночентийской декларации<sup>1</sup> показывает, что в настоящее время 122 государства-члена создали комитеты по практике грудного вскармливания (хотя не все из них являются авторитетными или многосекторальными); в 118 государствах-членах отпуск по беременности и родам составляет по меньшей мере 12 недель, по крайней мере для некоторых матерей, а Инициатива создания больниц "доброжелательного отношения к ребенку", начало которой было положено в 1992 г., в настоящее время действует в 171 стране, причем число больниц получивших статус "доброжелательного отношения к ребенку", согласно критериям ВОЗ/ЮНИСЕФ, возросло приблизительно с 4300 в 1995 г. до 8000 в 1996 г. и почти до 11 000 к концу 1997 г.

## ХОД РАБОТЫ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ МЕЖДУНАРОДНОГО СВОДА ПРАВИЛ

10. За период после принятия Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока (1981 г.) 158 государств-членов (т.е. 83%) сообщили о принятых ими мерах по выполнению Международного свода. За период после представления последнего доклада Генеральным директором (1996 г.) ВОЗ получила новую информацию из 30 государств-членов о том, что они предприняли, главным образом, законодательные действия, направленные на реализацию всего или части Свода правил. Из них семь стран (выделенные курсивом) предоставляют данные впервые: Африка: Ботсвана, Мадагаскар, *Мавритания*, Мозамбик, *Намибия*, *Сейшельские Острова*, Того и Зимбабве; страны Америки: Белиз, Гондурас, Никарагуа, Тринидад и Тобаго; Юго-Восточная Азия: Бангладеш и Индия; Восточное Средиземноморье: Кипр, Джибути, Иран (Исламская Республика) и Саудовская Аравия; Европа: Австрия, Польша и Швеция; Восточное Средиземноморье: Кипр, Джибути, Иран, (Исламская Республика); Западная часть Тихого океана: Австралия, *Камбоджа*, Китай, *Маршалловы Острова*, Новая Зеландия, *Ниуэ*, *Палау*, Сингапур и Тонга.

---

*and strategies for prevention* (в печати).

<sup>1</sup> Инночентийская декларация по защите, пропаганде и поддержке практики грудного вскармливания (1990 г.) содержит и оперативные цели для всех стран: авторитетный национальный координатор практики грудного вскармливания и многосекторальный комитет; все родильные дома являются домами "доброжелательного отношения к ребенку"; действия по выполнению принципов и целей Международного свода правил; и законодательство по охране прав работающих женщин на грудное вскармливание.

11. Правительственные органы играют более активную роль в осуществлении и мониторинге национальных действий, направленных на реализацию Международного свода правил. Кроме того, они расследуют случаи обвинения производителей и распределителей продуктов в невыполнении ими действий, предусмотренных Сводом правил, информация о которых предоставляется на их рассмотрение неправительственными организациями и другими организациями в соответствии со статьями 11.2 и 11.4 Свода правил. ВОЗ подготовила документ<sup>1</sup> для оказания содействия государствам-членам в проведении обзора и оценки своих действий по осуществлению Международного свода правил.

## ПИТАНИЕ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

12. Каждый год последней четверти века по меньшей мере 150 миллионов человек страдает в результате какой-то чрезвычайной ситуации, и в настоящее время, согласно оценкам, имеется 26 миллионов беженцев и перемещенных лиц. Среди этих групп населения наблюдается высокий коэффициент недостаточности питания, например белково-калорийной недостаточности, недостаточности витамина А и железа, а иногда регистрируются бери-бери, цинга и пеллагра, что способствует повышению коэффициента смертности и росту случаев инвалидности. ВОЗ продолжала активное техническое сотрудничество с УВКБ и ВПП по оценке, сокращению и предупреждению недостаточности питания. Было завершено пересмотренное издание руководящих принципов<sup>2</sup> по обеспечению оптимального кормления детей грудного и раннего возраста во время чрезвычайных ситуаций, и скоро будут опубликованы руководства по организации питания в сложных чрезвычайных ситуациях<sup>3</sup>, а также по лечению и устранению серьезных случаев недостаточности питания.<sup>4</sup> Также ведется подготовка обзоров методов лечения цинги, бери-бери и пеллагры. После проведения в Эритрее в 1996 г. межстранового семинара по вопросам организации питания в чрезвычайных ситуациях было запланировано проведение совместного консультативного совещания ВОЗ/УВКБ по вопросам ухода за уязвимыми в питательном отношении людьми во время чрезвычайных ситуаций. (Рим, декабрь 1997 г.).

---

<sup>1</sup> *The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: a common review and evaluation framework.* WHO/NUT/96.2 с указанием цены. Имеется на английском, арабском и французском языках. В процессе подготовки находится документ на русском языке. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1997 г.

<sup>2</sup> *Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies.* Пересмотренное издание. Неопубликованный документ NUT/97.3.

<sup>3</sup> *Management of Nutrition in Major Emergencies.* Женева, Всемирная организация здравоохранения (в печати).

<sup>4</sup> *Treatment and Management of Severe Malnutrition.* Женева, Всемирная организация здравоохранения (в печати).

## ХИ. ТУБЕРКУЛЕЗ

1. В 1995 г. от туберкулеза погнбло больше взрослых людей, чем от любой другой инфекции. В основе глобальной эпидемии туберкулеза и появления микробактерий с множественной лекарственной резистентностью лежит неэффективное его лечение. В ряде стран число случаев туберкулеза быстро возрастает в связи с расширением масштабов инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). В то же время в рамках первичной медико-санитарной помощи мы располагаем экономически эффективной стратегией борьбы с туберкулезом, а именно стратегией краткосрочной терапии под медицинским контролем (стратегия DOTS). Эта стратегия используется для лечения больных туберкулезом и документирования их излечения, что способствует прерыванию передачи инфекции туберкулеза и предупреждению развития микобактерий с множественной лекарственной резистентностью. Собственно говоря, стратегия к DOTS является одним из наиболее важных успехов в области здравоохранения в 1990-е годы с точки зрения как уже спасенных жизней, так и ее потенциала в плане спасения множества жизней в будущем. ВОЗ активно содействует осуществлению стратегии DOTS с целью достижения целей глобальной борьбы с туберкулезом (излечение 85% новых случаев туберкулеза с положительным мазком и выявление 70% таких случаев к 2000 г.), которые были поставлены в резолюциях WNA44.8 и WNA46.36.

### ХОД РАБОТЫ

2. В 1990 г. только 10 стран, в которых, согласно имеющимся оценкам, насчитывалось менее 1% всех случаев туберкулеза в мире, осуществляли стратегию DOTS. К 1997 г. почти 100 стран приняли эту стратегию, а примерно в 60 - она широко внедряется в жизнь. Там, где эта стратегия используется, показатели излечения гораздо выше (77%) по сравнению с другими местами (45%). Около 15% всех случаев туберкулеза с инфекционными его формами в настоящее время лечатся с помощью этого подхода.

3. В тех частях Китая, в которых используется стратегия DOTS, показатели излечения в настоящее время составляют 96%. В Перу соответствующий показатель равен 91%, а общее число новых случаев туберкулеза начало снижаться.

4. Внешняя помощь программам борьбы с туберкулезом возросла с 16 млн. долл. США (в 1990 г.) до 60 млн. долл. США (в 1995 г.). В некоторых странах были увеличены бюджетные ассигнования на борьбу с туберкулезом, а страны, осуществляющие стратегию DOTS, используют имеющиеся средства более эффективно. Стоимость противотуберкулезных препаратов (на шестимесячный курс лечения) снизилась с 40-50 долл. США в 1990 г. до 15-25 долл. США в 1996 г.

5. Несмотря на это, глобальный показатель излечения туберкулеза в лучшем случае достиг 58%, а глобальный показатель выявления случаев туберкулеза, может быть, не превышает 38%.

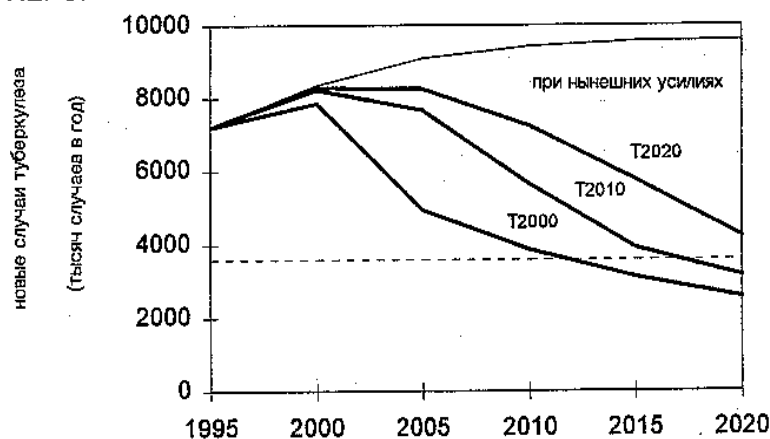
6. Глобальные цели ВОЗ в отношении туберкулеза не будут достигнуты к 2000 г. Необходимо активизировать и ускорить действия. То, как быстро может быть увеличен показатель использования стратегии DOTS, зависит скорее от политической воли, чем от технического содержания этого подхода, уже убедительно доказавшего свою эффективность. В некоторых странах отсутствие соответствующей политической поддержки препятствует быстрому расширению охвата населения этой стратегией. В других странах ее польза все еще подвергается сомнению.



## ПЕРСПЕКТИВЫ НА БУДУЩЕЕ

7. Достижение поставленных ВОЗ целей позволит снижать заболеваемость и смертность от туберкулеза примерно на 5% в год, что, в конечном итоге, приведет к обеспечению контроля над этой эпидемией. Согласно оценкам ВОЗ, если усилия по борьбе с туберкулезом останутся на нынешнем уровне, то к 2020 г. связанное с туберкулезом бремя для человечества еще более возрастет. Активизация противотуберкулезных усилий уже сегодня позволит спасти множество жизней, а также уменьшить число новых заболеваний. Единственное, что нам неизвестно сейчас, это готовность всех соответствующих групп и секторов на глобальном уровне предпринять необходимые действия.

**ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ГРАФИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В МИРЕ**



Линии в рисунке показывают сверху вниз: положение дел, если противотуберкулезные усилия останутся на нынешнем уровне и если поставленные ВОЗ цели (выявление 70% случаев заболевания туберкулезом и показатель излечения, равный 85%) будут достигнуты соответственно к 2020 г., 2010 г. и 2000 г.

8. Данные, полученные в результате проведенных в отдельных странах оценках возможного прогресса, показывают, что если нынешний процесс принятия стратегии DOTS будет усилен и поддержан, то около 130 стран смогут достигнуть поставленной цели к 2000 г.

9. Из 22 стран, на которые в настоящее время приходится свыше 80% глобального бремени, связанного с туберкулезом, около 17<sup>1</sup> могут оказаться не в состоянии, даже при приложении максимальных усилий, достигнуть поставленные цели к 2000 г. Сто тридцать стран, которые могут достигнуть эти цели, следует поощрять прилагать дополнительные усилия и далее, с тем чтобы добиться снижения частоты заболеваемости, что позволит, в конечном итоге, добиться ликвидации туберкулеза. Те страны, которые не смогут достичь поставленных целей к 2000 г., следует поощрять осуществлять и/или расширять их программы DOTS для как можно скорейшего достижения этих целей в последующем периоде.

10. Сохранение нынешних глобальных целей на период после 2000 г. без нового плана действий дискредитирует ВОЗ. И наоборот, откладывание сроков достижения целей, по-видимому, приведет к ослаблению нынешних усилий и послужит отрицательным стимулом для стран, которые, в противном случае, могут достичь поставленные цели. ВОЗ следует принять решение относительно соответствующего плана действий, добиться его утверждения и приступить к выполнению запланированных мероприятий. Нынешняя деятельность ВОЗ показывает, что успех борьбы с туберкулезом сегодня зависит не от технических или

<sup>1</sup> Афганистан, Бангладеш, Бразилия, Китай, Демократическая Республика Конго, Эфиопия, Индия, Индонезия, Мексика, Мьянма, Нигерия, Пакистан, Филиппины, Россия, Южная Африка, Таиланд и Уганда.

медицинских факторов, а прежде всего от наличия должной политической и управленческой поддержки. Таким образом, стоящая перед государствами-членами, ВОЗ и другими международными партнерами задача заключается в поиске путей придания более высокого приоритета вопросам борьбы с туберкулезом и выделения соответствующих ресурсов и поддержания их на должном уровне.

11. Вопрос о глобальных целях в отношении туберкулеза будет представлен на рассмотрение руководящего консультативного органа Глобальной программы борьбы с туберкулезом в ноябре 1997 г., с тем чтобы он выработал соответствующие рекомендации для ВОЗ, которые будут представлены на Сто первой сессии Исполнительного комитета.

### ХIII. ГЛОБАЛЬНАЯ ЛИКВИДАЦИЯ ВЫЗЫВАЮЩЕЙ СЛЕПОТУ ТРАХОМЫ

1. Трахома была одной из первых болезней, борьбой с которыми стала заниматься ВОЗ. В 1950-х годах этому вопросу было посвящено три совещания Комитета экспертов, а в ряде стран были проведены полевые научные исследования. В 1960-х и 1970-х годах во многих эндемических по этой болезни странах были начаты национальные кампании борьбы с трахомой. Результаты этих кампаний зачастую были хорошими в ближайшей перспективе, однако в долгосрочной перспективе задача борьбы с трахомой оказалась трудной, особенно в отдаленных сельских районах с плохой перспективой улучшения условий жизни. Поэтому несмотря на прогресс, достигнутый в ряде стран за последние более чем 20 лет, трахома продолжает оставаться очень серьезной проблемой здравоохранения. Эта болезнь является наиболее распространенной причиной предупреждаемой слепоты, и она чаще всего наблюдается среди самых бедных слоев населения.

#### ГЛОБАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТРАХОМЕ

2. Согласно имеющимся оценкам, эта болезнь в своей активной форме поражает порядка 146 миллионов человек, главным образом детей и женщин. Помимо этого в мире насчитывается около 5,6 миллиона людей, которые из-за трахомы полностью или частично потеряли зрение. Вызывающая слепоту трахома является эндемическим заболеванием в 46 странах, главным образом в Африке, Регионе Восточного Средиземноморья, Азии, Латинской Америке.

3. Рецидивы трахоматозных инфекций в детском возрасте приводят к вызывающим слепоту осложнениям в более позднем возрасте. Женщины особенно подвержены этой инфекции из-за того, что они ухаживают за детьми, страдающими от этого заболевания. Передаче *Chlamydia trachomatis* способствуют такие факторы, как скученность, низкий уровень личной гигиены и гигиены среды обитания, а также наличие большого количества домашних мух, стремящихся сесть на глаза. Ситуацию по трахоме также ухудшают эпидемии конъюнктивита, которые часто бывают сезонными по своему характеру.

#### ДЕЙСТВИЯ СО СТОРОНЫ ВОЗ

4. В 1980-х годах были проведены полевые исследования, посвященные поиску более легких методов оценки трахомы и ее осложнений, которые смогли бы повысить эффективность работы персонала первичных звеньев здравоохранения. Этот подход в сочетании со стандартной хирургической процедурой коррекции заворота век (трихиаза) и разработкой коммунальных подходов борьбы с этим заболеванием привел к акцентированию внимания на вопросах борьбы с трахомой с использованием состоящей из четырех элементов стратегии предупреждения трахомы и борьбы с нею (стратегия SAFE):

(1) Хирургическое вмешательство: легкий доступ к хирургическому лечению заворота век, вызванного интенсивным процессом рубцевания, является одним из важнейших условий успеха. Такое хирургическое вмешательство должно проводиться безотлагательно, с тем чтобы предупредить потерю зрения. Среди различных хирургических процедур наиболее эффективной оказалась процедура тарзальной ротации. Проведению этой процедуры несложно обучить, и неврачебный персонал может проводить ее безопасно и успешно. Необходимые для этого безопасные стандартные хирургические наборы могут быть приобретены по низкой стоимости.

(2) Лечение антибиотиками: для того чтобы быстро купировать болезнь и ее распространение, можно в широких масштабах использовать некоторые антибиотики - либо в виде местных аппликаций, либо в виде общего профилактического лечения. Для местного лечения в течение трех десятилетий успешно используется тетрациклин в виде 1% мази. Однако обеспечение регулярного и длительного использования этой мази является очень трудной задачей. Что касается общего лечения, то новое поколение более длительно действующих макролидов, в особенности азитромицина, крупномасштабные клинические испытания которого проводятся в настоящее время, могут оказаться весьма полезными с точки зрения более эффективной борьбы с трахомой в глобальном масштабе.

(3) Надлежащая гигиена кожных покровов лица: эффективным способом уменьшения риска трахоматозной инфекции является надлежащая гигиена кожных покровов лица детей, что может быть достигнуто даже с минимальным количеством имеющейся воды.

(4) Улучшение среды обитания: этот элемент борьбы с трахомой подразумевает проведение мер по обеспечению адекватного водоснабжения и основных санитарных условий, а также там, где это возможно, по улучшению жилья. Особенно важными в этой связи являются меры по предупреждению размножения мух.

5. После проведения в июне 1996 г. глобального научного совещания был создан союз ВОЗ по глобальной ликвидации трахомы (ГЛТ), в состав которого вошли сотрудничающие неправительственные организации, занимающиеся вопросами развития, фонд Edna McConnell Clark и другие заинтересованные стороны. Данный союз занимается подготовкой единой системы отчетности, процедур быстрой оценки, созданием банка данных, подготовкой информационного бюллетеня и оказанием поддержки отдельным странам, эндемичным по трахоме. Была установлена долгосрочная цель ликвидации трахомы к 2000 г., однако это предполагает адекватную степень готовности на глобальном уровне к борьбе с активными формами трахомы в целевых группах населения (дети и женщины).

#### XIV. ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

Исполнительному комитету предлагается принять к сведению доклады и рассмотреть следующие резолюции и решение:

##### РАЗВИТИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Исполком, возможно, пожелает предложить, чтобы доклад о ходе работы по предложенной инициативе для развития систем здравоохранения был представлен на его Сто третьей сессии.

##### ТРАНСГРАНИЧНАЯ РЕКЛАМА, ПРОПАГАНДА И ПРОДАЖА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОДУКЦИИ ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ

Исполнительный комитет,

РЕКОМЕНДУЕТ Пятьдесят первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию:

Пятьдесят первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

напоминая резолюцию WHA50.4 о "Трансграничной рекламе, пропаганде и продаже медицинской продукции через Интернет", предлагающую Генеральному директору созвать специальную рабочую группу ВОЗ для составления рекомендаций по трансграничной рекламе, пропаганде и продаже медицинской продукции с помощью Интернет;

напоминая резолюции WHA41.17, WHA45.30 и WHA47.16 об Этических критериях продвижения лекарственных средств на рынок;

признавая ценность и огромный потенциал электронных средств коммуникации, включая Интернет, для распространения и получения информации, касающейся медицинской продукции;

признавая различия между государствами-членами в их возможностях регулирования и в их подходах к рекламе, пропаганде и продаже медицинской продукции;

признавая значение сотрудничества между государствами-членами и ВОЗ, а также между потребителями, специалистами здравоохранения и промышленностью по вопросам, касающимся трансграничной рекламы, пропаганды и продажи медицинской продукции с помощью Интернет;

признавая значение национального законодательства, регулирующих положений, руководящих принципов и политики для контроля рекламы, пропаганды и продажи медицинской продукции, а также значение обеспечения соблюдения национальных регулирующих положений;

признавая значение разработки и осуществления механизмов саморегулирования для принципов надлежащей информационной практики, в случае применимости, соответствующих принципам, изложенным в принятых ВОЗ Этических критериях продвижения лекарственных средств на рынок;

памятуя о значении обучения и подготовки населения по вопросам ценности и качества информации о медицинской продукции, получаемой с помощью Интернет, и ее значении для рационального использования медицинской продукции;

признавая доклад и рекомендации специальной группы по трансграничной рекламе, продвижению и торговле медицинской продукции с помощью Интернет, отраженные в докладе Генерального директора,

1. **НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ** все государства-члены:

(1) рассмотреть существующее законодательство, регулирующие положения и руководящие принципы для обеспечения их применимости и адекватности в целях охвата вопросов, касающихся трансграничной рекламы, пропаганды и продажи медицинской продукции с помощью Интернет, а также разрабатывать, оценивать и осуществлять стратегии для мониторинга, контроля и принятия принудительных мер;

(2) сотрудничать с другими государствами-членами по вопросам, связанным с Интернет, особенно по распространению информации о проблемных случаях и аспектах, принимая надлежащие меры по предупреждению трансграничной рекламы, пропаганде и продаже медицинской продукции с помощью Интернет в странах, где это является незаконным, и по конкретным мерам для принудительного исполнения, а также назначить соответствующие пункты контактов и распространять эту информацию через ВОЗ всем государствам-членам;

(3) просвещать население по вопросам, связанным с ценностью и использованием Интернет, для получения информации о медицинской продукции, а также о качестве некоторой информации;

2. **ПРИЗЫВАЕТ** промышленность, специалистов здравоохранения и потребительские организации, а также другие заинтересованные стороны:

(1) поощрять своих членов, в случае необходимости, содействовать формулированию и применению надлежащей информационной практики, в случае применимости, соответствующей принципам, изложенным в принятых ВОЗ Этических критериях продвижения лекарственных средств на рынок; и

(2) осуществлять мониторинг и сообщать о проблемных случаях и аспектах трансграничной рекламы, пропаганды и продажи медицинской продукции с помощью Интернет;

### 3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

- (1) поощрять международное сообщество к формулированию принципов саморегулирования для надлежащей информационной практики, соответствующей принципам принятых ВОЗ Этических критериев продвижения лекарственных средств на рынок;
- (2) разработать образец руководства для государств-членов по обучению пользователей Интернет тому, как с помощью Интернет наилучшим образом получать надежную, независимую и сопоставимую информацию о медицинской продукции;
- (3) сотрудничать с другими соответствующими международными организациями и учреждениями по вопросам Интернет, связанным с медицинской продукцией;
- (4) призвать государства-члены создавать или укреплять механизмы мониторинга и обследования трансграничной рекламы, пропаганды и торговли медицинской продукцией с помощью Интернет, а также предоставлять соответствующую техническую помощь;
- (5) призвать государства-члены предпринять, в случае необходимости, регулирующие действия в отношении нарушений их национальных законов, касающихся рекламы, пропаганды и продажи медицинской продукции с помощью Интернет;
- (6) поощрять государства-члены и соответствующие неправительственные организации к тому, чтобы они сообщали ВОЗ о проблемных случаях и аспектах трансграничной рекламы, пропаганды и торговли медицинской продукцией через Интернет, и надлежащим образом сообщать о проблемных случаях и других аспектах государствам-членам.

## ГЛОБАЛЬНАЯ ЛИКВИДАЦИЯ ВЫЗЫВАЮЩЕЙ СЛЕПОТУ ТРАХОМЫ

Исполнительный комитет,

принимая к сведению доклад Генерального директора о глобальной ликвидации вызывающей слепоту трахомы,

РЕКОМЕНДУЕТ Пятьдесят первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию:

Пятьдесят первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

напоминая резолюции WHA22.29, WHA25.55 и WHA28.54 по предупреждению слепоты и резолюцию WHA45.10 по предупреждению инвалидности и реабилитации,

признавая предыдущие усилия и успехи в области глобальной борьбы против инфекционных заболеваний глаз, и особенно трахомы;

отмечая, что вызывающая слепоту трахома продолжает оставаться серьезной проблемой общественного здравоохранения среди беднейших слоев населения в 46 эндемических по трахоме странах;

обеспокоенная тем фактом, что в настоящее время в мире насчитывается около 146 миллионов активных случаев этого заболевания, главным образом среди детей и женщин, помимо почти 6 миллионов людей, у которых трахома стала причиной полной или частичной потери зрения;

признавая необходимость проведения на местном уровне устойчивых действий, включая хирургическую коррекцию заворота век, лечение антибиотиками, надлежащую гигиену кожных покровов лица и улучшение среды обитания (стратегия SAFE), в целях ликвидации вызывающей слепоту трахомы в оставшихся эндемических странах;

обнадеженная недавно имевшим место прогрессом в области упрощения процедур оценки и улучшения методов борьбы с этой болезнью, включая крупномасштабные профилактические меры, особенно среди уязвимых групп населения;

отмечая с удовлетворением недавнее создание Союза ВОЗ по глобальной ликвидации трахомы, в состав которого входит ряд сотрудничающих неправительственных организаций и фондов и других заинтересованных сторон;

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

- (1) применять новые методы быстрой оценки и картирования очагов вызывающей слепоту трахомы в оставшихся эндемических районах;
- (2) проводить там, где это необходимо, стратегию SAFE в целях ликвидации вызывающей слепоту трахомы;
- (3) сотрудничать с Союзом по глобальной ликвидации трахомы и его сетью заинтересованных сторон в целях глобальной координации действий и конкретных видов поддержки;
- (4) рассмотреть все возможные межсекторальные подходы к коммунальному развитию в эндемических по трахоме районах, особенно в целях обеспечения лучшего доступа к воде и улучшения основных санитарных условий для проживающего в этих районах населения;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

- (1) усилить в целях борьбы с вызывающей слепоту трахомой сотрудничество с теми государствами-членами, в которых эта болезнь является эндемической;
- (2) еще больше усовершенствовать отдельные компоненты стратегии SAFE в целях ликвидации трахомы, особенно с помощью таких подходов, как проведение оперативных научных исследований и рассмотрение потенциальных методов лечения трахомы с помощью антибиотиков или иных средств в целях их безопасного и крупномасштабного применения;



- (3) усилить межучрежденческое сотрудничество - особенно с ЮНИСЕФ и Всемирным банком - в целях мобилизации необходимой поддержки на глобальном уровне;
- (4) способствовать мобилизации внебюджетных средств;
- (5) предоставлять, когда это необходимо, Исполнительному комитету и Ассамблее здравоохранения доклады о ходе работы и достигнутых успехах.

= = =