



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**ПЯТЬДЕСЯТ СЕДЬМАЯ СЕССИЯ
ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

ЖЕНЕВА, 17–22 МАЯ 2004 г.

**РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ
ПРИЛОЖЕНИЯ**

**ЖЕНЕВА
2004 г.**

СОКРАЩЕНИЯ

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

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

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

ВВЕДЕНИЕ

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения проходила во Дворце Наций в Женеве с 17 по 22 мая 2004 г. в соответствии с решением Исполнительного комитета, принятым на его Сто двенадцатой сессии. Материалы сессии публикуются в трех томах, в которых, помимо других документов, содержатся:

Резолюции и решения, приложения – документ WHA57/2004/REC/1

Стенографический отчет о пленарных заседаниях, список участников – документ WHA57/2004/REC/2

Протоколы заседаний комитетов; доклады комитетов – документ WHA57/2004/REC/3

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение.....	iii
Повестка дня.....	ix
Список документов.....	xiii
Должностные лица Ассамблеи здравоохранения и состав ее комитетов.....	xvii

РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ

Резолюции

WHA57.1	Эпиднадзор и борьба с болезнью, вызываемой <i>Mycobacterium ulcerans</i> (язвой Бурули).....	1
WHA57.2	Борьба с африканским трипаносомозом человека.....	2
WHA57.3	Медико-санитарные условия проживания арабского населения на оккупированных арабских территориях, включая Палестину, и оказание ему помощи.....	4
WHA57.4	Финансовый отчет по счетам ВОЗ за 2002-2003 гг.; доклад Внешнего ревизора и замечания по этому документу, сделанные от имени Исполнительного комитета.....	6
WHA57.5	Государства-члены, имеющие такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение статьи 7 Устава.....	6
WHA57.6	Задолженность по выплате взносов: Украина.....	7
WHA57.7	Соглашение с <i>Международным бюро по эпизоотиям</i>	8
WHA57.8	Правила процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения: поправка к статье 72.....	8
WHA57.9	Ликвидация дракункулеза.....	9
WHA57.10	Дорожная безопасность и здоровье.....	10
WHA57.11	Семья и здоровье в контексте десятой годовщины Международного года семьи.....	13
WHA57.12	Репродуктивное здоровье: стратегия по ускорению хода работы в направлении достижения международных целей и задач в области развития.....	15
WHA57.13	Геномика и здоровье в мире.....	17

	Стр.
WHA57.14	Расширение масштабов лечения и ухода в рамках согласованных и всесторонних ответных мер на ВИЧ/СПИД 19
WHA57.15	Шкала обязательных взносов на 2005 г. 23
WHA57.16	Укрепление здоровья и здоровый образ жизни 31
WHA57.17	Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью..... 34
WHA57.18	Трансплантация человеческих органов и тканей..... 56
WHA57.19	Международная миграция медико-санитарного персонала: угроза системам здравоохранения в развивающихся странах 58
Решения	
WHA57(1)	Состав Комитета по проверке полномочий..... 62
WHA57(2)	Состав Комитета по выдвижению кандидатур 62
WHA57(3)	Выборы должностных лиц Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения..... 62
WHA57(4)	Выборы должностных лиц главных комитетов 62
WHA57(5)	Образование Генерального комитета 63
WHA57(6)	Утверждение повестки дня 63
WHA57(7)	Проверка полномочий 63
WHA57(8)	Выборы государств-членов, которым предоставляется право назначить по одному лицу в состав Исполнительного комитета..... 64
WHA57(9)	Права интеллектуальной собственности, инновации и общественное здравоохранение 64
WHA57(10)	Ассигнования из бюджета регионам..... 64
WHA57(11)	Объединенный пенсионный фонд персонала Организации Объединенных Наций: назначение представителей в Комитет Пенсионного фонда персонала ВОЗ 65
WHA57(12)	Политика в области взаимоотношений с неправительственными организациями..... 65
WHA57(13)	Выбор страны, в которой будет проведена Пятьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения..... 65
WHA57(14)	Доклады Исполнительного комитета о его Сто двенадцатой и Сто тринадцатой сессиях 65

ПРИЛОЖЕНИЯ

	Стр.
1. Соглашение между <i>Международным бюро по эпизоотиям</i> (МБЭ) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).....	69
2. Стратегия по ускорению прогресса в направлении достижения целей и выполнения задач в области международного развития, связанных с репродуктивным здоровьем	72

ПОВЕСТКА ДНЯ¹

ПЛЕНАРНЫЕ ЗАСЕДАНИЯ

1. Открытие Ассамблеи
 - 1.1 Образование Комитета по проверке полномочий
 - 1.2 Выборы Комитета по выдвижению кандидатур
 - 1.3 Доклады Комитета по выдвижению кандидатур
 - Выборы Председателя
 - Выборы пяти заместителей Председателя, председателей главных комитетов и образование Генерального комитета
 - 1.4 Утверждение повестки дня и распределение пунктов повестки дня между главными комитетами.
2. Доклады Исполнительного комитета о его Сто двенадцатой и Сто тринадцатой сессиях
3. Выступление Генерального директора д-ра Ли Чон-вука
4. Приглашенные докладчики
5. [исключен]
6. Исполнительный комитет: выборы
7. Награды
8. Доклады главных комитетов
9. Закрытие Ассамблеи

ЗАСЕДАНИЯ КРУГЛОГО СТОЛА

10. Заседания круглого стола: ВИЧ/СПИД

¹ Утверждена на втором пленарном заседании.

КОМИТЕТ А

11. Открытие заседаний Комитета¹
12. Технические вопросы и вопросы здравоохранения
 - 12.1 ВИЧ/СПИД
 - 12.2 Эпиднадзор и борьба с болезнью, вызываемой *Mycobacterium ulcerans* (язвой Бурули)
 - 12.3 Борьба с африканским трипаносомозом человека
 - 12.4 Ликвидация оспы: уничтожение запасов вируса натуральной оспы
 - 12.5 Ликвидация полиомиелита
 - 12.6 Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью
 - 12.7 Дорожная безопасность и здоровье
 - 12.8 Укрепление здоровья и здоровый образ жизни
 - 12.9 Семья и здоровье в контексте десятой годовщины Международного года семьи
 - 12.10 Репродуктивное здоровье
 - 12.11 Системы здравоохранения, включая первичную медико-санитарную помощь
 - 12.12 Качество и безопасность лекарственных средств: системы регулирования
 - 12.13 Геномика и здоровье в мире: доклад Консультативного комитета по исследованиям в области здравоохранения
 - 12.14 Трансплантация органов и тканей человека
 - 12.15 Выполнение резолюций (доклады о ходе работы)
 - Снизить глобальную смертность от кори (резолюция WHA56.20)
 - Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) (резолюция WHA56.29)
 - Комплексная профилактика неинфекционных болезней (резолюция WHA55.23)
 - Качество помощи: безопасность пациентов (резолюция WHA55.18)
 - Питание детей грудного и раннего возраста: двухгодичный доклад о ходе работы (резолюция WHA33.32)

¹ Включая выборы заместителей Председателя и Докладчика.

- Права интеллектуальной собственности, инновации и общественное здравоохранение (резолюция WHA56.27)
- Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (резолюция WHA56.1)

12.16 Ликвидация дракункулеза

КОМИТЕТ В

13. Открытие заседания Комитета¹
14. Вопросы внутренней ревизии и контроль
 - Доклад Внутреннего ревизора и замечания по этому документу, сделанные от имени Исполнительного комитета
15. Финансовые вопросы
 - 15.1 Финансовый отчет по счетам ВОЗ за 2002-2003 гг.; доклад Внешнего ревизора и замечания по этому документу, сделанные от имени Исполнительного комитета
 - 15.2 Состояние поступлений обязательных взносов, включая вопрос о государствах-членах, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение статьи 7 Устава
 - 15.3 Шкала обязательных взносов на 2005 г.
 - 15.4 [исключен]
 - 15.5 [исключен]
16. Программные и бюджетные вопросы
 - 16.1 Ассигнования из регулярного бюджета регионам
 - 16.2 Программный бюджет на 2002-2003 гг.
17. Кадровые вопросы
 - 17.1 Кадровые ресурсы: ежегодный доклад
 - 17.2 [исключен]
 - 17.3 Назначение представителей в Комитет Пенсионного фонда персонала ВОЗ
18. Юридические вопросы
 - 18.1 Соглашение с *Международным бюро по эпизоотиям*

¹ Включая выборы заместителей Председателя и Докладчика.

- 18.2 Правила процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения: поправка к статье 72
19. Медико-санитарные условия проживания арабского населения на оккупированных арабских территориях, включая Палестину, и оказание ему помощи
20. Сотрудничество с учреждениями системы Организации Объединенных Наций и с другими межправительственными организациями
21. Политика в области взаимоотношений с неправительственными организациями
-

СПИСОК ДОКУМЕНТОВ

A57/1 Rev.1	Повестка дня ¹
A57/2	Доклады Исполнительного комитета о его Сто двенадцатой и Сто тринадцатой сессиях
A57/3	Выступление Генерального директора на Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
A57/4	ВИЧ/СПИД
A57/5	Эпиднадзор и борьба против болезни, вызываемой <i>Mycobacterium ulcerans</i> (язвы Бурули)
A57/6	Борьба против африканского трипаносомоза человека
A57/7	Ликвидация оспы: уничтожение запасов вируса натуральной оспы
A57/8	Ликвидация полиомиелита
A57/9	Глобальная стратегия в области режима питания, физической активности и здоровья
A57/10	Дорожная безопасность и здоровье
A57/10 Add.1	Дорожная безопасность и здоровье: обновленная информация
A57/11	Укрепление здоровья и здоровый образ жизни
A57/12	Семья и здоровье в контексте десятой годовщины Международного года семьи
A57/13	Репродуктивное здоровье ²
A57/14	Системы здравоохранения, включая первичную медико-санитарную помощь
A57/15	Качество и безопасность лекарственных средств: системы регулирования
A57/16	Геномика и здоровье в мире: доклад Консультативного комитета по научным исследованиям в области здравоохранения
A57/17	Трансплантация человеческих органов и тканей
A57/18 и A57/18 Add.1	Выполнение резолюций (доклады о ходе работы)

¹ См. с. ix.

² См. Приложение 2.

A57/19	Отчет Внутреннего ревизора
A57/20	Финансовый отчет и Ревизованные финансовые отчеты за период 1 января 2002 г. – 31 декабря 2003 г. и Отчет Внешнего ревизора Всемирной ассамблее здравоохранения
A57/20 Add.1	Financial Report and Audited Financial Statements for the period 1 January 2002 – 31 December 2003: Annex: Extrabudgetary resources for programme activities
A57/21	Финансовый отчет по счетам ВОЗ за 2002-2003 гг.; доклад Внешнего ревизора и замечания по этому документу, сделанные от имени Исполнительного комитета: первый доклад Комитета Исполнительного комитета по административным, бюджетным и финансовым вопросам Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
A57/22	Состояние поступлений обязательных взносов, включая вопрос о государствах-членах, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение статьи 7 Устава: второй доклад Комитета Исполкома по административным, бюджетным и финансовым вопросам Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
A57/23	Шкала обязательных взносов на 2005 г.
A57/24	Ассигнования из регулярного бюджета регионам
A57/25	Программный бюджет на 2002-2003 гг.: Доклад об оценке исполнения: резюме первоначальных результатов
A57/26	Кадровые ресурсы: ежегодный доклад
A57/27	Назначение представителей в Комитет Пенсионного фонда персонала ВОЗ
A57/28 и A57/28 Add.1 A57/28 Rev.1	Соглашение с <i>Международным бюро по эпизоотиям</i> ¹
A57/29	Правила процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения: поправка к статье 72
A57/30	Медико-санитарные условия проживания арабского населения на оккупированных арабских территориях, включая Палестину, и оказание ему помощи
A57/31	Сотрудничество с учреждениями системы Организации Объединенных Наций и другими межправительственными организациями

¹ См. Приложение 1.

СПИСОК ДОКУМЕНТОВ

A57/32	Политика в области взаимоотношений с неправительственными организациями
A57/33	Дополнительный пункт повестки дня: ликвидация дракункулеза
A57/34	Комитет по выдвижению кандидатур: первый доклад
A57/35	Комитет по выдвижению кандидатур: второй доклад
A57/36	Комитет по выдвижению кандидатур: третий доклад
A57/37	Комитет по проверке полномочий: первый доклад
A57/38	Выборы государств-членов, которым предоставляется право назначить по одному представителю в состав Исполнительного комитета
A57/39 (Проект)	Первый доклад Комитета А
A57/40	Комитет по проверке полномочий: второй доклад
A57/41	Первый доклад Комитета В
A57/42 (Проект)	Второй доклад Комитета В
A57/43	Третий доклад Комитета В
A57/44 (Проект)	Второй доклад Комитета А
A57/45 (Проект)	Четвертый доклад Комитета В
A57/46	Пятый доклад Комитета В
A57/47	Третий доклад Комитета А

Информационные документы

A57/INF.DOC./1	Медико-санитарные условия проживания арабского населения на оккупированных арабских территориях, включая Палестину, и оказание ему помощи (доклад Директора Отдела здравоохранения, БАПОР, за 2003 г.)
A57/INF.DOC./2	Медико-санитарные условия проживания арабского населения на оккупированных арабских территориях, включая Палестину, и оказание ему помощи (доклад Министерства здравоохранения Израиля)

A57/INF.DOC./3 Медико-санитарные условия проживания арабского населения на оккупированных арабских территориях, включая Палестину, и оказание ему помощи (доклад, представленный Постоянным наблюдателем Палестины при Отделении Организации Объединенных Наций в Женеве)

A57/INF.DOC./4 Ассигнования из регулярного бюджета регионам

Разное

A57/DIV/7 Выступление д-ра КИМ Дэ-чжуна, бывшего Президента Республики Корея

A57/DIV/8 Выступление бывшего Президента Соединенных Штатов Америки г-на Джимми Картера

A57/DIV/9 Заседания круглого стола: ВИЧ/СПИД

A57/DIV/10 Заседания круглого стола: ВИЧ/СПИД

ДОЛЖНОСТНЫЕ ЛИЦА АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОСТАВ ЕЕ КОМИТЕТОВ

Председатель

Г-н Muhammad Nasir KHAN (Пакистан)

Заместители Председателя

Д-р M.E. TSHABALALA-MSIMANG
(Южная Африка)

Г-жа A. DAVID-ANTOINE (Гренада)

Г-н S. BOGOEV (Болгария)

Д-р R. MARIA DE ARAUJO
(Тимор-Лешти)

Д-р CHUA SOI LEK (Малайзия)

Секретарь

Д-р ЛИ Чон-вук, Генеральный директор

Комитет по проверке полномочий

В состав Комитета по проверке полномочий вошли делегаты следующих государств-членов: Австрии, Белиза, Канады, Джибути, Гамбии, Индии, Италии, Кении, Мали, Мьянмы, Папуа-Новой Гвинеи и Узбекистана.

Председатель: д-р J. LARIVIÈRE (Канада)

Заместитель Председателя:

д-р A. MISORE (Кения)

Докладчик: д-р F. CICOGNA (Италия)

Секретарь: г-н T.S.R. TOPPING,
юрисконсульт

Комитет по выдвижению кандидатур

В состав Комитета по выдвижению кандидатур вошли делегаты следующих государств-членов: Бахрейна, Бруней-Даруссалама, Буркина-Фасо, Китая, Демократической Республики Конго, Эритреи, Эстонии, Франции, Гайаны, Израиля, Мексики, Микронезии (Федеративных Штатов), Монако, Мозамбика, Никарагуа, Перу, Российской Федерации, Шри-Ланки, Свазиленда, Таиланда, Туниса, Уганды, Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии, Уругвая, а также д-р Khandaker Mosharraf Hossain, Бангладеш (Председатель Пятьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, ex officio).

Председатель: д-р Khandaker Mosharraf HOSSAIN (Бангладеш)

Секретарь: д-р ЛИ Чон-вук, Генеральный директор

Генеральный комитет

В состав Генерального комитета вошли Председатель и заместители Председателя Ассамблеи здравоохранения, председатели главных комитетов, а также делегаты следующих государств-членов: Ботсваны, Чада, Чили, Китая, Кубы, Франции, Ирландии, Казахстана, Либерии, Ливийской Арабской Джамахирии, Нигера, Нигерии, Российской Федерации, Тринидада и Тобаго, Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии, Соединенных Штатов Америки и Йемена.

Председатель: г-н Muhammad Nasir KHAN (Пакистан)

Секретарь: д-р ЛИ Чон-вук, Генеральный директор

ГЛАВНЫЕ КОМИТЕТЫ

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

Комитет А

Председатель: д-р Ponmek DALALOY (Лаосская Народно-Демократическая Республика)

Заместители Председателя:

д-р D. SLATER (Сент-Винсент и Гренадины) и г-жа A. VAN BOLHUIS (Нидерланды)

Докладчик: профессор M. MIZANUR RAHMAN (Бангладеш)

Секретарь: д-р S. HOLCK, Канцелярия Генерального директора

Комитет В

Председатель: д-р Jigmi SINGAY (Бутан)

Заместители Председателя:

профессор N.M. NALI

(Центральноафриканская Республика) и

д-р S. AL KHARABSEH (Иордания)

Докладчик: г-жа Z. JAKAB (Венгрия)

Секретарь: д-р M. KARAM, научный
сотрудник, Борьба с инфекционными
болезнями, их профилактика и
ликвидация

РЕЗОЛЮЦИИ

WHA57.1 Эпиднадзор и борьба с болезнью, вызываемой *Mycobacterium ulcerans* (язвой Бурули)

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад об эпиднадзоре и борьбе против болезни, вызываемой *Mycobacterium ulcerans* (язвы Бурули)¹;

глубоко обеспокоенная распространением язвы Бурули, особенно среди детей, а также ее медико-санитарным и социально-экономическим воздействием в бедных сельских общинах;

осознавая, что раннее выявление и лечение сводят к минимуму неблагоприятные последствия болезни;

отмечая с удовлетворением успехи, достигнутые Глобальной инициативой по борьбе против язвы Бурули с момента ее создания в 1998 г., в координации борьбы, научных исследований и мероприятий, проводимых партнерами;

обеспокоенная тем, что ряд факторов, включая позднее выявление случаев заболевания и недостаток эффективных средств для диагностики, лечения и профилактики препятствуют дальнейшему прогрессу;

памятуя о том, что достижению двух из Целей тысячелетия в области развития, принятых Организацией Объединенных Наций, в частности ликвидации крайней нищеты и голода и обеспечения всеобщего начального образования, могут помешать неблагоприятные последствия болезней бедноты, на которые не обращалось внимания, включая язву Бурули,

1. **НАСТОЯТЕЛЬНО ПРЕДЛАГАЕТ** государствам-членам, где язва Бурули является эндемической или где имеется опасность того, что она станет эндемической:

- (1) оценить бремя язвы Бурули и, при необходимости, создать программу борьбы с этой болезнью;
- (2) активизировать усилия по выявлению и лечению случаев болезни на раннем этапе;
- (3) по возможности, обеспечить эффективное взаимодействие с другими соответствующими мероприятиями по борьбе с болезнями;
- (4) в контексте развития системы здравоохранения создать и поддерживать партнерские связи на страновом уровне в отношении борьбы против язвы Бурули;
- (5) обеспечить наличие национальных ресурсов в достаточном объеме, необходимом для проведения мер борьбы, включая доступ к службам лечения и реабилитации;
- (6) обеспечить обучение врачей общей практики с целью совершенствования их хирургических навыков;

¹ Документ A57/5.

(7) обеспечить обучение всех работников здравоохранения по вопросам профилактики инвалидности;

2. ПРИЗЫВАЕТ все государства-члены:

(1) принять участие в Глобальной инициативе по борьбе против язвы Бурули;

(2) активизировать научные исследования по разработке средств для диагностики, лечения и профилактики этой болезни, а также включить язву Бурули в качестве составной части в национальную систему эпиднадзора;

(3) активизировать участие населения в распознавании симптомов этой болезни;

3. ПРИЗЫВАЕТ международное сообщество, организации и органы системы Организации Объединенных Наций, доноров, неправительственные организации, фонды и научно-исследовательские учреждения:

(1) осуществлять непосредственное сотрудничество со странами, в которых болезнь является эндемической, в целях усиления мер борьбы и научно-исследовательской деятельности;

(2) развивать партнерские связи и содействовать сотрудничеству с организациями и программами, участвующими в развитии систем здравоохранения, для того чтобы эффективными мерами были охвачены все нуждающиеся;

(3) обеспечивать поддержку Глобальной инициативе по борьбе против язвы Бурули;

4. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) продолжить обеспечение технической поддержки Глобальной инициативы по борьбе против язвы Бурули, особенно для усиления понимания того, что связано с бременем этой болезни, и улучшения своевременного доступа к диагностике и лечению посредством общего укрепления инфраструктур здравоохранения;

(2) способствовать техническому сотрудничеству между странами в качестве средства укрепления служб эпиднадзора, борьбы с болезнями и реабилитации;

(3) содействовать научным исследованиям в отношении улучшения диагностики, лечения и профилактики посредством координации и поддержки со стороны Специальной программы научных исследований и обучения в области тропических болезней.

(Седьмое пленарное заседание, 21 мая 2004 г. –
Комитет А, первый доклад)

WHA57.2 Борьба с африканским трипаносомозом человека

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

ссылаясь на резолюции WHA50.36 и WHA56.7;

рассмотрев доклад, касающийся африканского трипаносомоза человека¹,

глубоко обеспокоенная возобновлением заболеваемости африканским трипаносомозом и его губительными последствиями для населения и поголовья домашнего скота на Африканском континенте;

признавая, что поражающая людей форма этой болезни представляет серьезную проблему для общественного здравоохранения в силу неизменного летального исхода при отсутствии лечения, частых случаев неизлечимых неврологических нарушений при обеспечении лечения, включая, прежде всего, постоянные психические и психомоторные нарушения у детей и присущую ей тенденцию принимать эпидемический характер;

обеспокоенная далее растущими проблемами резистентности к лекарственным средствам и безуспешным исходом лечения;

приветствуя высокий политический уровень приверженности борьбе с африканским трипаносомозом человека, выраженного государственными лидерами стран, в которых эта болезнь носит эндемический характер;

приветствуя далее возобновленное обязательство вести борьбу с этой болезнью, нашедшее отражение в последних инициативах и партнерствах между государственным и частным секторами, которые позволили в значительной мере снять остроту проблемы недостаточного доступа к существующим лекарственным средствам;

отмечая, что несмотря на значительные успехи, достигнутые в борьбе с этой болезнью, крайне необходимы более совершенные средства борьбы, включая более безопасные и эффективные лекарственные средства и упрощенные диагностические тесты,

1. **НАСТОЯТЕЛЬНО РЕКОМЕНДУЕТ** государствам-членам:

(1) и впредь уделять первоочередное внимание борьбе против африканского трипаносомоза человека;

(2) в эндемичных районах увеличить людские ресурсы и выделяемые на эти цели финансовые средства, используя в соответствующих случаях средства, которые ранее использовались для приобретения лекарственных средств; и усилить выявление больных, диагностику и лечение, а также необходимую для этого инфраструктуру;

2. **ПРЕДЛАГАЕТ** Генеральному директору:

(1) продолжить работу по уточнению стратегий борьбы в целях максимального использования национальных и международных ресурсов и предупреждения дальнейшего эпидемического распространения этой болезни;

(2) содействовать применению среди различных секторов и учреждений, занимающихся этим вопросом, комплексного подхода, учитывающего важность борьбы с переносчиком этой болезни и борьбы с заболеванием домашнего скота;

(3) продолжать тесное сотрудничество со всеми заинтересованными партнерами, особенно в рамках Специальной программы ЮНИСЕФ/ПРООН/Всемирного банка/ВОЗ по научным исследованиям и подготовке кадров по тропическим болезням в области

¹ Документ A57/6.

научных исследований в целях разработки более безопасных и более эффективных лекарственных средств и упрощенных тестов для обнаружения трипаносомоза;

(4) каждый первый год двухлетнего периода информировать Ассамблею здравоохранения о ходе работы в этой области.

(Седьмое пленарное заседание, 21 мая 2004 г. –
Комитет А, первый доклад)

WHA57.3 Медико-санитарные условия проживания арабского населения на оккупированных арабских территориях, включая Палестину, и оказание ему помощи

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

памятуя об основополагающем принципе, закрепленном в Уставе ВОЗ, который гласит, что здоровье всех народов является основным фактором в достижении мира и безопасности;

напоминая все свои предшествующие резолюции о медико-санитарных условиях проживания на оккупированных арабских территориях;

выражая удовлетворение по поводу доклада Генерального директора о медико-санитарных условиях проживания арабского населения на оккупированных арабских территориях, включая Палестину, и оказание ему помощи¹;

выражая озабоченность по поводу ухудшения медико-санитарных условий и гуманитарного кризиса в результате военных действий, которые привели к жестким ограничениям на передвижение палестинцев и перевозку товаров, включая ограничение на въезд на палестинские территории и выезд из них, в частности машин скорой помощи, медико-санитарных работников, раненых и больных;

выражая озабоченность по поводу продолжающегося чрезмерного применения силы израильскими военнослужащими, что привело к гибели и увечьям тысяч палестинцев, включая детей;

выражая озабоченность по поводу серьезного ухудшения экономической и медико-санитарной ситуации в результате перекрытия движения и введения комендантского часа израильскими оккупационными силами в отношении палестинцев, что, вместе с удержанием причитающихся палестинцам налоговых поступлений, привело к беспрецедентным уровням безработицы, повлекшим за собой нищету, необеспеченность продовольствием и уязвимость с точки зрения питания, а также по поводу сообщений о недостаточности питания среди детей и признаков эндемической анемии среди кормящих матерей;

выражая озабоченность по поводу широко распространенной практики разрушения гражданской инфраструктуры в ходе вооруженных вылазок израильских военных, и в особенности по поводу продолжающегося строительства Израилем "барьера безопасности", возведение которого не проходит по границам 1967 г. или близко к ним, и который создает для палестинцев гуманитарные и экономические трудности и препятствует доступу к больницам и медико-санитарной помощи;

выражая озабоченность по поводу серьезных нарушений международного гуманитарного права израильскими оккупационными властями на оккупированных арабских территориях,

¹ Документ A57/30.

включая незаконный арест тысяч палестинских гражданских лиц, в том числе сотен детей, томлящихся в израильских тюрьмах, которые в ряде случаев содержатся без предъявления обвинения, и других больных, которые не получают медицинской помощи;

утверждая, что действия, направленные против гражданского населения любой стороной, в особенности внесудебные казни, являются еще одним нарушением международного гуманитарного права;

утверждая, что продолжающееся насилие, перекрытие дорог и комендантский час, а также продолжающаяся оккупация палестинских территорий являются одними из основных причин острого психологического стресса и эмоциональных проблем среди палестинских детей и взрослых, включая психосоматические проблемы, неподчинение власти, рискованное поведение, ослабление надежды на будущее и другие проблемы, вызываемые общей атмосферой безнадежности и отчаяния;

утверждая право палестинских пациентов и медико-санитарных работников на пользование медико-санитарными службами, которые есть в палестинских медико-санитарных учреждениях в оккупированном восточном Иерусалиме,

1. ПРИЗЫВАЕТ Израиль как оккупационную державу незамедлительно прекратить все действия, политику и планы, которые серьезным образом отражаются на состоянии здоровья гражданских лиц, живущих в условиях оккупации, и, в частности, чрезмерное применение силы и военных действий против палестинских гражданских лиц;

2. ВЫРАЖАЕТ признательность всем государствам-членам, межправительственным и неправительственным организациям за их постоянную поддержку в удовлетворении медико-санитарных потребностей палестинского народа;

3. ВЫРАЖАЕТ благодарность и признательность Генеральному директору за его усилия по обеспечению необходимой помощи палестинскому народу и остальному арабскому населению на оккупированных арабских территориях, а также другим народам в регионе;

4. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) направить как можно скорее на оккупированные арабские территории, включая Палестину, комиссию по выяснению фактов, связанных с ухудшением здоровья и экономической ситуации в результате как нынешнего кризиса, так и возведения "барьера безопасности" на оккупированных палестинских территориях;

(2) предпринять, в сотрудничестве с государствами-членами, срочные шаги по оказанию поддержки Министерству здравоохранения Палестины и другим структурам, обеспечивающим медико-санитарную помощь в их усилиях по преодолению существующих трудностей, в частности с целью гарантировать свободу передвижения всех медико-санитарных работников и пациентов, и нормальное обеспечение палестинских медико-санитарных учреждений товарами медицинского назначения;

(3) предпринять, в сотрудничестве с государствами-членами, шаги по обеспечению свободного передвижения товаров, работников и других людей в целях обеспечения возможности торговли, сельскохозяйственного производства и иных форм экономической деятельности в пределах оккупированных палестинских территорий, и доступа населения в целом к основным услугам;

- (4) продолжать оказание необходимой технической помощи в целях удовлетворения потребностей, возникающих в результате нынешних кризисных ситуаций, включая медико-санитарные проблемы, обусловленные возведением "барьера безопасности";
- (5) предпринять необходимые шаги и заключить контракты, которые требуются для получения финансовых средств из различных источников, включая внебюджетные, в целях удовлетворения неотложных потребностей палестинского народа в области здравоохранения;
- (6) предпринять неотложные шаги по осуществлению совместной стратегии Министерства здравоохранения/ВОЗ в области психического здоровья;
- (7) представить доклад о выполнении настоящей резолюции Пятьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

(Седьмое пленарное заседание, 21 мая 2004 г. –
Комитет В, первый доклад)

WHA57.4 Финансовый отчет по счетам ВОЗ за 2002-2003 гг.; доклад Внешнего ревизора и замечания по этому документу, сделанные от имени Исполнительного комитета

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

изучив финансовый отчет и ревизованные финансовые счета за период 1 января 2002 г. – 31 декабря 2003 г. и доклад Внешнего ревизора Всемирной ассамблее здравоохранения¹;

приняв к сведению первый доклад Комитета Исполкома по административным, бюджетным и финансовым вопросам для Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения²,

ПРИНИМАЕТ финансовый отчет Генерального директора и ревизованные финансовые счета за период 1 января 2002 г. – 31 декабря 2003 г., а также доклад Внешнего ревизора Всемирной ассамблее здравоохранения.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г. –
Комитет В, второй доклад)

WHA57.5 Государства-члены, имеющие такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение статьи 7 Устава

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев второй доклад Комитета по административным, бюджетным и финансовым вопросам Исполнительного комитета Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения о государствах-членах, имеющих такую задолженность по выплате своих взносов, которая может повлечь за собой применение статьи 7 Устава³;

¹ Документы A57/20 и A57/20 Add.1.

² Документ A57/21.

³ Документ A57/22.

отмечая, что ко времени открытия Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения Афганистан, Антигуа и Барбуда, Аргентина, Армения, Центральноафриканская Республика, Чад, Коморские Острова, Доминиканская Республика, Грузия, Гвинея-Биссау, Ирак, Кыргызстан, Либерия, Науру, Нигер, Республика Молдова, Сомали, Суринам, Таджикистан и Туркменистан остаются временно лишены права голоса, и что такое положение будет сохраняться до тех пор, пока задолженность указанных государств-членов не будет сокращена во время настоящей или будущих сессий Ассамблеи до уровня ниже того, который оправдывал бы применение статьи 7 Устава;

отмечая, что ко времени открытия Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения Соломоновы Острова и Уругвай имели такую задолженность по взносам, в связи с которой Ассамблея здравоохранения должна рассмотреть, в соответствии со статьей 7 Устава, вопрос о том, следует ли временно лишить права голоса указанные страны при открытии Пятьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения;

будучи проинформированной о том, что Уругвай впоследствии погасил свою задолженность полностью и более не будет включаться в перечень государств-членов, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение статьи 7 Устава,

ПОСТАНОВЛЯЕТ:

- (1) что, в соответствии с принципиальными положениями резолюции WHA41.7, если ко времени открытия Пятьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения Соломоновы Острова все еще будут иметь задолженность по обязательным взносам, которая оправдывала бы применение статьи 7 Устава, они будут лишены права голоса с момента открытия сессии;
- (2) что любое временное лишение права голоса, как указано выше, будет продолжаться во время Пятьдесят седьмой и последующих сессий Ассамблеи здравоохранения до тех пор, пока задолженность по взносам Соломоновых Островов не будет снижена ниже того уровня, который оправдывал бы применение статьи 7 Устава;
- (3) что данное решение не влияет на право любого государства-члена потребовать восстановления права голоса в соответствии со статьей 7 Устава.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г. –
Комитет В, третий доклад)

WHA57.6 Задолженность по выплате взносов: Украина

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев второй доклад Комитета по административным, бюджетным и финансовым вопросам Исполнительного комитета о государствах-членах, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение статьи 7 Устава, в связи с просьбой Украины о погашении ее задолженности по взносам¹,

1. ПОСТАНОВЛЯЕТ восстановить право голоса Украины на Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения на следующих условиях:

¹ Документ A57/22.

(1) Украина будет погашать свою задолженность по взносам, составляющую в общей сложности 36 163 544 долл. США, в течение 15 лет, при условии, что к концу 2011 г. будет выплачена, по крайней мере, половина общей суммы задолженности, то есть 18 081 772 долл. США;

(2) Украина будет вносить минимальный платеж в сумме 1 500 000 долл. США в год, которая будет начисляться, во-первых, в счет ее взноса за текущий год, во-вторых, в счет восьми ежегодных частичных взносов, каждый из которых составляет 342 848 долл. США, подлежащих выплате согласно резолюции WHA45.23, и, в-третьих, в счет оставшейся части задолженности;

2. ПОСТАНОВЛЯЕТ, что, в соответствии со статьей 7 Устава, право голоса будет автоматически приостановлено снова, если Украина не выполнит условия, изложенные в пункте 1, выше;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору представить Пятьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения доклад о ситуации в этой области;

4. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору довести эту резолюцию до сведения правительства Украины.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г. –
Комитет В, третий доклад)

WHA57.7 Соглашение с *Международным бюро по эпизоотиям*

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о соглашении между ВОЗ и *Международным бюро по эпизоотиям*¹;

принимая во внимание статью 70 Устава ВОЗ,

ОДОБРЯЕТ соглашение между Всемирной организацией здравоохранения и *Международным бюро по эпизоотиям* с условием замены термина "страны-члены" на термин "члены" повсюду в тексте.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г. –
Комитет В, четвертый доклад)

WHA57.8 Правила процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения: поправка к статье 72

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

напоминая резолюцию WHA33.17 об изучении структуры ВОЗ в свете ее функций и резолюцию WHA54.22 о реформе Исполнительного комитета;

рассмотрев резолюцию EB112.R1,

1. ПОСТАНОВЛЯЕТ заменить существующий текст статьи 72 Правил процедуры следующим текстом:

¹ См. Приложение 1.

Статья 72

Решения Ассамблеи здравоохранения по важным вопросам принимаются большинством в две трети голосов присутствующих и участвующих в голосовании государств-членов. К этим вопросам относятся: принятие конвенций или соглашений; утверждение соглашений об установлении Организацией отношений с Организацией Объединенных Наций и межправительственными организациями и учреждениями в соответствии со статьями 69, 70 и 72 Устава; поправки к Уставу; назначение Генерального директора; решения о размере действующего рабочего бюджета; и решения о временном лишении члена Организации принадлежащего ему права голоса и права на обслуживание в соответствии со статьей 7 Устава.

2. ПОСТАНОВЛЯЕТ, что в *Основных документах*, в соответствии с общепринятыми правилами толкования, использование одного рода следует рассматривать как включающее ссылку на другой род, если в контексте не предусмотрено иное.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г. –
Комитет В, четвертый доклад)

WHA57.9 Ликвидация дракункулеза

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о ликвидации дракункулеза¹;

с удовлетворением отмечая отличные результаты, достигнутые эндемичными странами в сокращении числа случаев заболевания дракункулезом приблизительно с 3,5 миллиона случаев в 1986 г. до 32 000 зарегистрированных случаев в 2003 г.;

отмечая также, что только 12 стран остаются эндемичными, причем все они – страны Африки, расположенные к югу от Сахары;

1. ПОЗДРАВЛЯЕТ государства-члены, Организацию и партнеров, особенно ЮНИСЕФ и Центр Картера, за расширение доступа к безопасной и пригодной для питья воде, улучшение эпиднадзора для выявления случаев, укрепление практической деятельности и повышение информированности населения;
2. ПОЗДРАВЛЯЕТ 168 стран и территорий, которые были сертифицированы как свободные от передачи дракункулеза после того, как в 1995 г. была создана Международная комиссия по сертификации ликвидации дракункулеза;
3. НАПОМИНАЕТ о том, что министры здравоохранения остающихся эндемичными стран подписали во время проведения Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения Женевскую декларацию о ликвидации дракункулеза к 2009 г.;
4. ПРИЗЫВАЕТ остающиеся эндемичными страны усилить свои действия по ликвидации, включая активные меры по эпиднадзору и профилактике;
5. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены, Организацию, ЮНИСЕФ, Центр Картера и другие соответствующие учреждения использовать имеющиеся достижения и возможности посредством продолжения выполнения своих обязательств и сотрудничество в целях

¹ Документ A57/33.

обеспечения политической поддержки на самом высоком уровне и мобилизации крайне необходимых ресурсов для быстрого завершения ликвидации к 2009 г.;

6. РЕКОМЕНДУЕТ Генеральному директору обеспечить поддержку мобилизации адекватных ресурсов, необходимых для ликвидации дракункулеза, на последних этапах программы для мероприятий по удостоверению и сертификации в интересах мира, свободного от дракункулеза.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г. –
Комитет В, четвертый доклад)

WHA57.10 Дорожная безопасность и здоровье

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

напоминая резолюцию WHA27.59 (1974 г.), в которой отмечается, что дорожно-транспортные происшествия создают масштабные и серьезные проблемы в области общественного здравоохранения, что в этой связи нужны согласованные международные усилия и что ВОЗ должна взять на себя лидирующую роль по отношению к государствам-членам;

рассмотрев доклад о дорожной безопасности и здоровье¹;

приветствуя резолюцию 58/9 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций о глобальном кризисе в области безопасности дорожного движения;

отмечая с признательностью принятие Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций резолюции 58/289, предлагающей ВОЗ действовать в качестве координатора по вопросам дорожной безопасности в рамках системы Организации Объединенных Наций, основываясь на опыте региональных комиссий Организации Объединенных Наций;

признавая огромное глобальное бремя смертности, обусловленное дорожно-транспортными происшествиями, 90% из которых происходят в странах с низким и средним уровнями дохода;

признавая, что каждый участник дорожного движения должен взять на себя ответственность за безопасность передвижения и соблюдение дорожных законов и правил;

признавая, что дорожно-транспортный травматизм представляет собой серьезную, но лишнюю должного внимания проблему в области общественного здравоохранения, которая имеет серьезные последствия с точки зрения смертности и заболеваемости и влечет за собой существенные социально-экономические издержки, и что при отсутствии незамедлительных мер эта проблема станет еще более серьезной;

признавая далее, что для успешного решения этой проблемы необходим многосекторальный подход и что для снижения воздействия дорожно-транспортного травматизма существуют меры, основанные на фактических данных;

¹ Документ A57/10.

принимая к сведению большое число мероприятий по случаю Всемирного дня здоровья 2004 г., в частности представление первого всемирного доклада о предупреждении дорожно-транспортного травматизма¹,

1. СЧИТАЕТ, что сектор общественного здравоохранения и другие сектора – как государственный, так и сектор гражданского общества – должны активно участвовать в программах профилактики дорожно-транспортного травматизма на основе эпиднадзора в области травматизма и сбора данных, изучения факторов риска, связанных с дорожно-транспортным травматизмом, осуществления и оценки мер в целях снижения уровня дорожно-транспортного травматизма, оказания добровольной и травматологической помощи и психологической поддержки жертвам дорожно-транспортных происшествий, а также в программах пропаганды профилактики дорожно-транспортного травматизма;

2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены, особенно те из них, которые несут на себе тяжелое бремя дорожно-транспортного травматизма, обеспечить мобилизацию своих секторов общественного здравоохранения, назначив координационные центры по предупреждению и смягчению неблагоприятных последствий дорожно-транспортных происшествий, которые координировали бы ответные меры общественного здравоохранения с точки зрения эпидемиологии, профилактики и пропаганды и обеспечивали связь с другими секторами;

3. ПРИНИМАЕТ предложение Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций о том, чтобы ВОЗ действовала в качестве координатора по вопросам дорожной безопасности в рамках системы Организации Объединенных Наций, работая в тесном сотрудничестве с региональными комиссиями Организации Объединенных Наций;

4. РЕКОМЕНДУЕТ государствам-членам:

(1) включить профилактику дорожно-транспортного травматизма в программы общественного здравоохранения;

(2) провести оценку национальной ситуации, касающейся бремени дорожно-транспортного травматизма, и обеспечить выделение ресурсов, соразмерных масштабам этой проблемы;

(3) подготовить и осуществить – если они еще не сделали этого – национальную стратегию по профилактике дорожно-транспортного травматизма и соответствующие планы действий;

(4) обеспечить лидирующую роль в области безопасности дорожного движения на уровне правительства, включая назначение единого ведомства или координационного центра по вопросам дорожной безопасности, или с помощью другого эффективного механизма в зависимости от национальных условий;

(5) содействовать межсекторальному сотрудничеству между различными министерствами и секторами, включая частные транспортные компании;

(6) укрепить службы неотложной помощи и реабилитации;

(7) повышать информированность о факторах риска, в частности о последствиях злоупотребления алкоголем, воздействия психоактивных веществ и использования мобильных телефонов во время вождения;

¹ *Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.

(8) принять конкретные меры по предупреждению и ограничению смертности и заболеваемости в результате дорожно-транспортных происшествий и произвести оценку влияния таких мер;

(9) обеспечить соблюдение существующих дорожных законов и правил и вести работу со школами, работодателями и другими организациями в целях содействия просвещению как водителей, так и пешеходов по вопросам безопасности дорожного движения;

(10) воспользоваться предстоящим всемирным докладом по профилактике дорожно-транспортного травматизма в качестве средства планирования и реализации соответствующих стратегий в области профилактики дорожно-транспортного травматизма;

(11) обеспечить участие министерств здравоохранения в разработке политики в области профилактики дорожно-транспортного травматизма;

(12) особенно развивающимся странам, принимать законодательные меры и обеспечивать строгое соблюдение правил, предусматривающих ношение защитных шлемов мотоциклистами и пассажирами мотоциклов, и придать обязательный характер положениям, предусматривающим как установку ремней безопасности на сиденьях заводами-изготовителями автомобилей, так и использование ремней безопасности водителями;

(13) изучить возможность увеличения финансирования на цели безопасности дорожного движения, в том числе посредством создания соответствующего фонда;

5. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) сотрудничать с государствами-членами в разработке научно обоснованных программ и политики по осуществлению мер, направленных на профилактику дорожно-транспортного травматизма и смягчение его последствий;

(2) поощрять научные исследования в порядке подкрепления основанных на фактических данных подходов к профилактике дорожно-транспортного травматизма и смягчению его последствий;

(3) способствовать адаптации эффективных мер по профилактике дорожно-транспортного травматизма, которые можно было бы применить на уровне местных общин;

(4) обеспечить техническую поддержку в целях укрепления систем добровольной и травматологической помощи жертвам дорожно-транспортных происшествий;

(5) сотрудничать с государствами-членами, организациями системы Организации Объединенных Наций и неправительственными организациями в целях создания потенциала в области профилактики травматизма;

(6) поддерживать и укреплять усилия по повышению осведомленности о масштабах и профилактике дорожно-транспортного травматизма;

(7) проводить регулярные совещания экспертов в целях обмена информацией и создания потенциала;

(8) представить доклад о ходе работы по повышению дорожной безопасности и содействию профилактике дорожно-транспортного травматизма в государствах-членах на Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г. –
Комитет А, второй доклад)

WHA57.11 Семья и здоровье в контексте десятой годовщины Международного года семьи

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад об охране здоровья семьи в контексте десятой годовщины Международного года семьи¹;

напоминая, что в Уставе Всемирной организации здравоохранения говорится о том, что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения;

признавая и поддерживая равные права мужчин и женщин и подчеркивая, что равенство между женщинами и мужчинами и уважение прав всех членов семьи представляют собой необходимые составляющие благополучия семьи и общества в целом;

напоминая также об обязательствах, целях и итогах конференций Организации Объединенных Наций и встреч на высшем уровне, рассмотревших вопросы здравоохранения, имеющие отношение к членам семьи, отдельным лицам и общинам;

напоминая далее, что соответствующие документы Организации Объединенных Наций по правам человека, а также соответствующие глобальные планы и программы действий призывают к возможно более широкой защите и оказанию помощи семье с учетом того, что в различных культурных, политических и социальных системах существуют различные формы семьи;

признавая также, что родители, семьи, законные опекуны и другие лица, оказывающие помощь, играют основную роль и несут основную ответственность за благополучие детей, и что им должна оказываться поддержка в выполнении их обязательств по воспитанию детей, и что в отношении всяких действий, касающихся детей, первостепенным соображением являются непосредственные интересы ребенка;

признавая далее, что культурные нормы, социально-экономические условия, гендерное равенство и образование являются важными детерминантами здоровья;

признавая, что крепкие и дружные семьи и общественные структуры положительно влияют на здоровье всех членов семьи, в то время как неудовлетворительный доступ к медико-санитарной помощи, насилие в отношении детей, отсутствие заботы и насилие во всех его формах, в особенности насилие супругов по отношению друг к другу и бытовое насилие в целом, злоупотребление алкоголем и веществами, а также отсутствие заботы по отношению к пожилым людям и инвалидам и потенциальные последствия продолжительных периодов раздельного проживания, подобных тем, которые связаны с миграцией, также вызывают серьезную озабоченность;

¹ Документ A57/12.

отмечая с беспокойством тяжелые последствия пандемии ВИЧ/СПИДа для семей, членов семьи, отдельных лиц и общин, особенно в семьях, во главе которых стоят дети и пожилые люди;

отмечая, что десятая годовщина Международного года семьи приходится на 2004 г.,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) оценить политику правительств в целях оказания содействия семьям в обеспечении необходимой поддержки для всех их членов;

(2) обеспечить наличие соответствующих юридических, социальных и физических инфраструктур для оказания поддержки матерям и отцам, семьям, законным опекунам и другим лицам, оказывающим помощь, и особенно пожилым мужчинам и женщинам, с тем чтобы укрепить их возможности по оказанию помощи, уходу и защите интересов каждого ребенка, находящегося под их опекой, должным образом учитывая мнение ребенка в зависимости от его возраста и уровня зрелости;

(3) осуществить необходимые меры, для того чтобы политика здравоохранения, учитывающая гендерные аспекты, планы и программы, признавала и решала вопросы, связанные с правами и потребностями, касающимися здоровья и развития каждого члена семьи, с уделением особого внимания семьям, которые могут оказаться не в состоянии обеспечить основные потребности своих членов, включая семьи, в которых имеет место насилие над детьми, насилие в целом, бытовое насилие и отсутствие заботы, в том числе по отношению к членам семьи, являющимся инвалидами, и престарелым;

(4) обеспечить разработку, использование и поддержание систем по обеспечению данных с разбивкой по полу, возрасту и другим детерминантам здоровья, для того чтобы содействовать надлежащему планированию, осуществлению, мониторингу и оценке основанных на фактических данных и ориентированных на семью видов медико-санитарного вмешательства для всех членов семьи;

(5) создавать или укреплять союзы и партнерства со всеми правительственными и неправительственными участниками для оказания содействия семьям в обеспечении связанных со здоровьем и развитием потребностей всех их членов;

(6) укреплять национальные действия в целях обеспечения наличия необходимых ресурсов для выполнения международных обязательств, достижения целей и обеспечения выполнения решений соответствующих конференций Организации Объединенных Наций и встреч на высшем уровне, связанных с вопросами охраны здоровья членов семьи;

(7) обеспечить выполнение своих обязательств в соответствии с международными документами, имеющими отношение к семье и укреплению здоровья, такими как Конвенция по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и Конвенция в отношении прав ребенка, как это определено в резолюции WHA46.27 в связи с Международным годом семьи;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) повысить информированность о проблемах здравоохранения, имеющих значение для семей, членов семьи, отдельных лиц и общины, а также оказать поддержку государствам-членам в расширении масштабов работы по укреплению политики здравоохранения в связи с указанными проблемами;

- (2) оказывать поддержку государствам-членам по их просьбам в отношении разработки, использования и поддержания систем по обеспечению данных с разбивкой по полу, возрасту и другим детерминантам здоровья для содействия в вопросах планирования, осуществления, мониторинга и оценки основанных на фактических данных медико-санитарных мер, имеющих отношение к семьям и их членам;
- (3) оказывать поддержку государствам-членам в их усилиях по разработке и укреплению программ оказания помощи родителям путем проведения соответствующих исследований и международных форумов для обмена опытом, накопленным в странах.
- (4) оказывать поддержку государствам-членам в их усилиях по выполнению своих обязательств в отношении целей и результатов соответствующих конференций Организации Объединенных Наций и встреч на высшем уровне, связанных с вопросами охраны здоровья членов семьи, в сотрудничестве с соответствующими партнерами;
- (5) уделять должное внимание вопросам ухода и поддержки, которые связаны с охраной здоровья семьи, включая мужчин и престарелых, в соответствующих программах и политике Организации, и обеспечить учет роли школ в обучении детей, особенно девочек, в инициативах, ориентированных на укрепление семьи и здоровья;
- (6) работать в тесном контакте с Департаментом Организации Объединенных Наций по экономическим и социальным вопросам и с другими организациями системы ООН, такими как ЮНИСЕФ и ЮНФПА, по вопросам, связанным с семьями и их членами, посредством обмена опытом и результатами;
- (7) представить Пятьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет доклад о ходе работы по осуществлению настоящей резолюции.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г. –
Комитет А, второй доклад)

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

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев проект стратегии по ускорению хода работы в направлении достижения международных целей и задач в области развития, связанных с репродуктивным здоровьем¹;

напоминая и признавая Программу действий Международной конференции по народонаселению и развитию (Каир, 1994 г.) и основные мероприятия для дальнейшего осуществления Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию, принятой на двадцать первой специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций в июле 1999 г.;

напоминая и признавая далее Пекинскую платформу действий (Пекин, 1995 г.), а также дальнейшие действия и инициативы по осуществлению Пекинской декларации и Платформы действий, принятые на двадцать третьей специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций в июне 2000 г.;

¹ См. Приложение 2.

вновь подтверждая цели развития, содержащиеся в Декларации тысячелетия, принятой Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций на ее пятьдесят пятой сессии в сентябре 2000 г.¹, и в Плате осуществления Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций², а также другие международные цели и задачи в области развития;

признавая, что достижение целей развития, содержащихся в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций, а также других международных целей и задач требует в качестве приоритета прочных инвестиционных и политических обязательств в области репродуктивного и сексуального здоровья;

напоминая, что в резолюции WHA55.19 Генеральному директору предлагается, в частности, разработать стратегию для ускорения хода работы по достижению международных целей и задач в области развития, связанных с репродуктивным здоровьем,

1. ОДОБРЯЕТ стратегию по ускорению хода работы в направлении достижения международных целей и задач в области развития, связанных с репродуктивным здоровьем;

2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены в неотложном порядке:

(1) принять и осуществить эту стратегию в качестве части национальных усилий по достижению целей развития, содержащихся в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций, и других международных целей и задач в области развития, а также мобилизовать политическую волю и финансовые ресурсы для этой цели;

(2) сделать репродуктивное и сексуальное здоровье неотъемлемой частью национального планирования и составления бюджетов;

(3) укрепить потенциал систем здравоохранения с участием общин и неправительственных групп для достижения всеобщего доступа к медико-санитарной помощи, необходимой для охраны и укрепления сексуального и репродуктивного здоровья, обращая особое внимание на здоровье матерей и новорожденных во всех странах;

(4) проводить мониторинг осуществления стратегии и обеспечивать, чтобы она давала преимущества бедным и другим маргинализированным группам, включая подростков и мужчин, и позволяла укреплять службы и программы охраны и укрепления репродуктивного и сексуального здоровья на всех уровнях;

(5) обеспечивать, чтобы все аспекты репродуктивного и сексуального здоровья, включая репродуктивное здоровье подростков и здоровье матерей и новорожденных, находили отражение в национальном мониторинге и отчетности о ходе работы по достижению целей развития, содержащихся в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) оказывать поддержку государствам-членам по их просьбам в осуществлении стратегии и оценке ее воздействия и эффективности;

¹ Резолюция 55/2 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций.

² Документ A/56/326.

- (2) придавать достаточный организационный приоритет, проявлять приверженность и выделять ресурсы для поддержки эффективного содействия и осуществления стратегии в области репродуктивного здоровья и подчеркнутых в ней "необходимых действий";
- (3) оказывать государствам-членам помощь в обеспечении безопасности средств, имеющих отношение к репродуктивному здоровью;
- (4) обратить особое внимание на здоровье матерей и новорожденных при подготовке первого доклада ВОЗ о ходе работы в области репродуктивного и сексуального здоровья в 2005 г. в качестве части ее вклада в доклад Генерального секретаря Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций о ходе работы по достижению целей в области развития, содержащихся в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций;
- (5) регулярно (по крайней мере один раз в два года) представлять доклады о ходе осуществления стратегии Ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г. –
Комитет А, второй доклад)

WHA57.13 Геномика и здоровье в мире

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о геномике и здоровье в мире¹;

признавая значительный прогресс в геномике и тот факт, что многие государства-члены недостаточно хорошо подготовлены к этому новому подходу к медицинским исследованиям и практике;

желая содействовать потенциальной пользе от революции в области геномики для здоровья населения как развитых, так и развивающихся стран;

осознавая, что геномика вызывает беспокойство по поводу безопасности и имеет сложные и новые этические, юридические, социальные и экономические последствия;

вновь подтверждая, что прогресс в геномике должен рассматриваться в контексте ее дополнительной ценности для практики и оказания медицинской помощи;

признавая неотложную необходимость в исследованиях и практическом применении геномики, с тем чтобы обеспечить увеличение преимуществ для людей;

признавая, что геномика может внести существенный вклад в сферу общественного здравоохранения;

убежденная в том, что для правительств, научных кругов, гражданского общества, частного сектора и международного сообщества настало время взять обязательства по обеспечению справедливого распределения преимуществ геномики для всех,

1. ПРИНИМАЕТ К СВЕДЕНИЮ рекомендации, содержащиеся в докладе Консультативного комитета по научным исследованиям в области здравоохранения о геномике и здоровье в мире¹;

¹ Документ A57/16.

2. ПРИНИМАЕТ для целей настоящей резолюции и последующей деятельности ВОЗ следующее определение геномики: геномика – это изучение генов и их функций, а также связанных с этим методов;

3. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены рассмотреть вопрос о принятии этих рекомендаций и мобилизовать все соответствующие научные, социальные, политические и экономические круги в целях:

(1) разработки национальной политики и стратегий в области геномики и создания механизмов для оценки соответствующих технологий, эффективности затрат, структур рассмотрения этических вопросов, юридических, социальных и экономических последствий, систем регулирования, прежде всего в части безопасности, и необходимости информирования населения;

(2) укрепления существующих или создания новых центров и учреждений, занимающихся исследованиями в области геномики, для укрепления национального потенциала и ускорения этического использования достижений в области геномики, имеющих отношение к проблемам здравоохранения в странах;

4. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены содействовать расширению сотрудничества между частным сектором, научными кругами, гражданским обществом и другими заинтересованными сторонами, в частности в рамках системы Организации Объединенных Наций, и налаживанию диалога в целях изыскания творческих и справедливых способов мобилизации более существенных ресурсов для исследований в области геномики, ориентированных на удовлетворение медико-санитарных потребностей развивающихся стран, и создания потенциала в таких областях, как биоэтика и биоинформатика;

5. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) оказать поддержку государствам-членам в разработке национальной политики и стратегий и в укреплении потенциала, с тем чтобы они могли получать пользу от достижений в области геномики, имеющих отношение к их проблемам здравоохранения, и систем регулирования, особенно в отношении безопасности и необходимости информирования общественности;

(2) содействовать роли ВОЗ – в сотрудничестве с соответствующими органами системы Организации Объединенных Наций – в созыве региональных и международных форумов и укреплении партнерских связей между основными заинтересованными сторонами в целях мобилизации ресурсов, содействия созданию потенциала и изыскания новаторских решений проблем, связанных с научно-техническими достижениями в области геномики;

(3) содействовать обмену между развитыми и развивающимися странами по вопросам использования и применения геномных технологий в целях решения проблем, специфических для данной местности или региона, посредством, например, осуществления деятельности в области подготовки кадров и технической поддержки.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г. –
Комитет А, второй доклад)

¹ *Геномика и здоровье мира: доклад Консультативного комитета по научным исследованиям в области здравоохранения.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г.

WHA57.14 Расширение масштабов лечения и ухода в рамках согласованных и всесторонних ответных мер на ВИЧ/СПИД

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад по ВИЧ/СПИДу¹;

отмечая с большой озабоченностью тот факт, что к концу 2003 г. около 40 миллионов человек были инфицированы ВИЧ/СПИДом, что пандемия этой болезни унесла, по оценкам, в 2003 г. три миллиона жизней и что ВИЧ/СПИД особенно серьезно сказывается на женщинах и детях;

будучи также обеспокоена тем, что, хотя около шести миллионов человек в развивающихся странах нуждаются в антиретровирусном лечении, получают его в настоящее время только 440 000;

отмечая с озабоченностью, что другие состояния здоровья также являются причиной высокой заболеваемости и смертности в развивающихся странах;

признавая, что антиретровирусная терапия позволяет снизить уровень смертности и продлить здоровую жизнь и что практическая возможность обеспечения антиретровирусного лечения была доказана на практике в ряде мест с ограниченным уровнем ресурсов;

признавая, что лечение и доступ к лекарственным средствам для тех, кто инфицирован и затронут ВИЧ/СПИДом, а также профилактика, уход и поддержка являются неразрывными элементами всесторонних ответных действий сектора здравоохранения на национальном уровне и требуют надлежащей финансовой поддержки со стороны государств и других доноров;

признавая, что социальная стигма, дискриминация, экономическая недоступность антиретровирусных препаратов, экономические барьеры, ограниченность потенциала медико-санитарной помощи и людских ресурсов являются одними из основных препятствий, мешающих доступу к лечению и уходу и социальной поддержке людей, живущих с ВИЧ/СПИДом;

признавая также необходимость дальнейшего снижения стоимости антиретровирусных препаратов;

напоминая Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятую на специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (27 июня 2001 г.), в которой признается, что профилактика ВИЧ-инфекции должна являться основным элементом национальных, региональных и международных ответных мер на эту эпидемию, и которая призывает добиться существенных успехов к 2005 г. в осуществлении всесторонних стратегий ухода, включая доступ к антиретровирусным лекарственным средствам;

напоминая также резолюцию WHA55.12 о вкладе ВОЗ в выполнение решений специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, резолюцию WHA55.14 об обеспечении доступности основных лекарственных средств, резолюцию WHA56.27 о правах интеллектуальной собственности, инновациях и

¹ Документ A57/4.

общественном здравоохранении и резолюцию WHA56.30 о глобальной стратегии сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу;

напоминая и признавая Программу действий, принятую на Международной конференции по народонаселению и развитию (Каир, 1994 г.), обязательства, принятые на Всемирной встрече на высшем уровне по социальному развитию (Копенгаген, 1995 г.) и Всемирной встрече на высшем уровне по положению детей (Нью-Йорк, 1990 г.), Пекинскую декларацию и Платформу действий (1995 г.), Декларацию об искоренении насилия в отношении женщин (1993 г.) и Декларацию тысячелетия (2000 г.), содержащиеся в них рекомендации и соответствующие последующие меры и доклады;

отмечая с удовлетворением соглашение от 25 апреля 2004 г. между партнерами в области развития по улучшению координации и согласованию действий в ответ на ВИЧ/СПИД на уровне стран в рамках "триединого" принципа, а именно одной согласованной рамочной программы действий против ВИЧ/СПИДа, которая обеспечивает основу для координации работы всех партнеров; одного национального координационного органа по борьбе с ВИЧ/СПИДом, на который возложены широкие многосекторальные полномочия; и одной согласованной системы мониторинга и оценки на уровне страны;

признавая центральную роль сектора здравоохранения в борьбе против ВИЧ/СПИДа и необходимость укрепления систем здравоохранения и развития кадрового потенциала, с тем чтобы страны и сообщества могли внести всесторонний вклад в реализацию глобальных целей, изложенных в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, и в развитие систем общественного здравоохранения, с тем чтобы свести к минимуму возникновение лекарственной устойчивости;

подчеркивая важность работы ВОЗ, в том числе в рамках начатого ВОЗ проекта в области закупок, качества и обеспечения ресурсами по облегчению доступа развивающихся стран к безопасным, эффективным и доступным антиретровирусным лекарственным препаратам и диагностическим средствам по наиболее низким ценам;

напоминая Декларацию о Соглашении ТРИПС и общественном здравоохранении, принятую на Конференции ВТО на уровне министров (Доха, 2001 г.), и приветствуя решение, принятое Генеральным советом ВТО 30 августа 2003 г., об осуществлении пункта 6 этой Декларации¹;

признавая особую роль ВОЗ в рамках системы Организации Объединенных Наций в деле борьбы с ВИЧ/СПИДом и смягчении его последствий и ее ответственность в дальнейшем осуществлении Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом и в качестве соучредителя ЮНЭЙДС в выполнении ведущей роли в деятельности Организации Объединенных Наций по лечению и уходу при ВИЧ/СПИДе и значимой роли в работе по профилактике;

приветствуя прогресс, достигнутый многими государствами-членами, приступившими к увеличению масштабов лечения ВИЧ/СПИДа в своих странах;

приветствуя также расширение поддержки программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом со стороны государств-членов,

1. ПРИВЕТСТВУЕТ стратегию Генерального директора "3 к 5" по оказанию поддержки развивающимся странам в качестве части последующих мер ВОЗ в контексте всеобъемлющей

¹ Документ WT/L/540, имеется на <http://docsonline.wto.org>.

глобальной стратегии сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ/СПИДом, в обеспечении доступа к антиретровирусному лечению трем миллионам человек, инфицированных ВИЧ/СПИДом, к концу 2005 г., и отмечает важность мобилизации финансовых ресурсов со стороны государств и других доноров, включая ВОЗ, для достижения этой цели;

2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены в приоритетном порядке:

(1) создать или укрепить национальные медико-санитарные и социальные инфраструктуры и системы здравоохранения, при необходимости с помощью международного сообщества, в целях обеспечения их потенциала по эффективному оказанию услуг в области профилактики, лечения, ухода и поддержки больных ВИЧ/СПИДом;

(2) укрепить национальные системы планирования, мониторинга и оценки в целях оказания услуг в области профилактики, лечения, ухода и поддержки больных ВИЧ/СПИДом в контексте общенациональной стратегии здравоохранения, обеспечивая надлежащую сбалансированность между услугами в отношении ВИЧ/СПИДа и всеми другими необходимыми медико-санитарными услугами;

(3) осуществлять политику и практику, которые содействуют обеспечению:

(a) достаточных и надлежащим образом подготовленных людских ресурсов, обладающих надлежащим сочетанием навыков, с тем чтобы начать расширение масштабов ответных действий;

(b) прав человека, справедливости и гендерного равенства в доступе к лечению и уходу;

(c) доступности по цене и наличия в достаточных количествах высококачественных фармацевтических препаратов, включая антиретровирусные лекарственные средства и медицинские технологии, используемые для лечения, диагностики и ведения ВИЧ/СПИДа;

(d) доступных и приемлемых по цене услуг по лечению, тестированию и консультированию при информированном согласии, профилактике и уходу для всех без дискриминации, в том числе для самых уязвимых и находящихся в социально неблагоприятном положении групп населения;

(e) хорошего качества, а также научной и медицинской целесообразности фармацевтических препаратов или медицинских технологий для лечения и ведения ВИЧ/СПИДа, независимо от их источника и страны происхождения, в частности путем максимально эффективного использования принятого в ВОЗ перечня предварительно лицензированных лекарственных средств, которые удовлетворяют международным стандартам качества;

(f) дальнейших инвестиций в научные исследования в области лекарственных средств, в том числе микробицидов, диагностических средств и вакцин, в социальные науки и системы здравоохранения, а также в народные лекарственные средства и в изучение возможного взаимодействия с другими лекарственными препаратами, с тем чтобы повысить эффективность принимаемых мер;

(g) развития систем здравоохранения, построенных таким образом, чтобы содействовать доступу к антиретровирусным препаратам и способствовать соблюдению режима лечения с целью свести к минимуму резистентность к

лекарственным средствам, а также защите пациентов от поддельных лекарственных средств;

(h) интеграции компонента питания во всесторонние ответные меры на ВИЧ/СПИД;

(i) содействовать грудному вскармливанию в свете Рамочной программы Организации Объединенных Наций по приоритетным действиям в связи с ВИЧ и детским питанием и новых Руководящих принципов ВОЗ/ЮНИСЕФ для лиц, определяющих политику, и руководителей сектора здравоохранения;

(4) рассмотреть, при необходимости, возможность адаптации национального законодательства в целях максимального использования гибкого подхода, предусмотренного Соглашением о связанных с торговлей аспектах прав интеллектуальной собственности;

(5) применять "триединый" принцип в целях совершенствования координации и согласования ответных мер на ВИЧ/СПИД;

(6) содействовать тому, чтобы в двусторонних торговых соглашениях учитывался элемент гибкости, предусмотренный Соглашением ТРИПС и признанный принятой Декларацией министров по соглашению ТРИПС и общественному здравоохранению (Доха, 2001 г.);

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) укреплять ключевую роль ВОЗ в техническом лидерстве, направлении и поддержке мер систем здравоохранения в ответ на ВИЧ/СПИД в контексте ответных мер системы Организации Объединенных Наций в целом в качестве одного из соучредителей ЮНЭЙДС;

(2) предпринять действия в рамках "триединого" принципа, с тем чтобы:

(a) оказывать поддержку странам в целях обеспечения максимальных возможностей для проведения всех соответствующих мер профилактики, ухода, поддержки и лечения ВИЧ/СПИДа и связанных с ним состояний, включая туберкулез;

(b) поддерживать, мобилизовать и поощрять усилия развивающихся стран по увеличению масштабов антиретровирусного лечения таким образом, чтобы оно было ориентировано на искоренение нищеты, обеспечение гендерного равенства и улучшение положения наиболее уязвимых групп в контексте укрепления национальных систем здравоохранения при поддержании надлежащей сбалансированности инвестиций в профилактику, уход и лечение;

(c) обеспечивать руководство по ускорению профилактики в контексте расширения масштабов лечения в соответствии с глобальной стратегией сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу;

(3) принимать меры для улучшения доступа развивающихся стран к фармацевтическим препаратам и диагностическим средствам для диагностики, лечения и ведения ВИЧ/СПИДа, в том числе путем укрепления проекта ВОЗ по предварительному лицензированию;

(4) обеспечить такое положение, чтобы, помимо сведений патентного и конфиденциального характера, процесс рассмотрения на предварительное лицензирование, а также результаты инспектирования и отчеты по оценке продукции, внесенной в перечни, были открытыми для общественности;

(5) оказывать поддержку развивающимся странам в улучшении управления системой снабжения и закупок высококачественных лекарственных препаратов против СПИДа и диагностических средств;

(6) оказывать поддержку странам во включении работы по расширению масштабов ответных мер на ВИЧ/СПИД в более широкую работу по укреплению национальных систем здравоохранения, с особым упором на развитие людских ресурсов и инфраструктуру здравоохранения, финансирование систем здравоохранения и медико-санитарную информацию;

(7) представить Пятьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет доклад о ходе работы по осуществлению настоящей резолюции.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г. –
Комитет А, второй доклад)

WHA57.15 Шкала обязательных взносов на 2005 г.

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,
рассмотрев доклад Генерального директора¹,

1. ПОСТАНОВЛЯЕТ принять пересмотренную шкалу обязательных взносов на 2005 г., отражающую последнюю известную шкалу взносов Организации Объединенных Наций, как показано ниже:

Государства-члены и ассоциированные члены	Пересмотренная шкала ВОЗ на 2005 г. %
Афганистан	0.00200
Албания	0.00500
Алжир	0.07600
Андорра	0.00500
Ангола	0.00100
Антигуа и Барбуда	0.00300
Аргентина	0.95600
Армения	0.00200
Австралия	1.59200
Австрия	0.85900
Азербайджан	0.00500
Багамские Острова	0.01300
Бахрейн	0.03000
Бангладеш	0.01000
Барбадос	0.01000

¹ Документ A57/23.

Государства-члены и ассоциированные члены	Пересмотренная шкала ВОЗ на 2005 г. %
Беларусь	0.01800
Бельгия	1.06900
Белиз	0.00100
Бенин	0.00200
Бутан	0.00100
Боливия	0.00900
Босния и Герцеговина	0.00300
Ботсвана	0.01200
Бразилия	1.52300
Бруней-Даруссалам	0.03400
Болгария	0.01700
Буркина-Фасо	0.00200
Бурунди	0.00100
Камбоджа	0.00200
Камерун	0.00800
Канада	2.81300
Кабо-Верде	0.00100
Центральноафриканская Республика	0.00100
Чад	0.00100
Чили	0.22300
Китай	2.05300
Колумбия	0.15500
Коморские Острова	0.00100
Конго	0.00100
Острова Кука	0.00100
Коста-Рика	0.03000
Кот-д'Ивуар	0.01000
Хорватия	0.03700
Куба	0.04300
Кипр	0.03900
Чешская Республика	0.18300
Корейская Народно-Демократическая Республика	0.01000
Демократическая Республика Конго	0.00300
Дания	0.71800
Джибути	0.00100
Доминика	0.00100
Доминиканская Республика	0.03500
Эквадор	0.01900
Египет	0.12000
Сальвадор	0.02200
Экваториальная Гвинея	0.00200
Эритрея	0.00100
Эстония	0.01200
Эфиопия	0.00400
Фиджи	0.00400
Финляндия	0.53300
Франция	6.03010
Габон	0.00900
Гамбия	0.00100

Государства-члены и ассоциированные члены	Пересмотренная шкала ВОЗ
	на 2005 г. %
Грузия	0.00300
Германия	8.66230
Гана	0.00400
Греция	0.53000
Гренада	0.00100
Гватемала	0.03000
Гвинея	0.00300
Гвинея-Биссау	0.00100
Гайана	0.00100
Гаити	0.00300
Гондурас	0.00500
Венгрия	0.12600
Исландия	0.03400
Индия	0.42100
Индонезия	0.14200
Иран (Исламская Республика)	0.15700
Ирак	0.01600
Ирландия	0.35000
Израиль	0.46700
Италия	4.88510
Ямайка	0.00800
Япония	19.46830
Иордания	0.01100
Казахстан	0.02500
Кения	0.00900
Кирибати	0.00100
Кувейт	0.16200
Кыргызстан	0.00100
Лаосская Народно-Демократическая Республика	0.00100
Латвия	0.01500
Ливан	0.02400
Лесото	0.00100
Либерия	0.00100
Ливийская Арабская Джамахирия	0.13200
Литва	0.02400
Люксембург	0.07700
Мадагаскар	0.00300
Малави	0.00100
Малайзия	0.20300
Мальдивские Острова	0.00100
Мали	0.00200
Мальта	0.01400
Маршалловы Острова	0.00100
Мавритания	0.00100
Маврикий	0.01100
Мексика	1.88300
Микронезия (Федеративные Штаты)	0.00100
Монако	0.00300

Государства-члены и ассоциированные члены	Пересмотренная шкала ВОЗ на 2005 г. %
Монголия	0.00100
Марокко	0.04700
Мозамбик	0.00100
Мьянма	0.01000
Намибия	0.00600
Науру	0.00100
Непал	0.00400
Нидерланды	1.69000
Новая Зеландия	0.22100
Никарагуа	0.00100
Нигер	0.00100
Нигерия	0.04200
Ниуэ	0.00100
Норвегия	0.67900
Оман	0.07000
Пакистан	0.05500
Палау	0.00100
Панама	0.01900
Папуа-Новая Гвинея	0.00300
Парагвай	0.01200
Перу	0.09200
Филиппины	0.09500
Польша	0.46100
Португалия	0.47000
Пуэрто-Рико	0.00100
Катар	0.06400
Республика Корея	1.79600
Республика Молдова	0.00100
Румыния	0.06000
Российская Федерация	1.10000
Руанда	0.00100
Сент-Китс и Невис	0.00100
Сент-Люсия	0.00200
Сент-Винсент и Гренадины	0.00100
Самоа	0.00100
Сан-Марино	0.00300
Сан-Томе и Принсипи	0.00100
Саудовская Аравия	0.71300
Сенегал	0.00500
Сербия и Черногория	0.01900
Сейшельские Острова	0.00200
Сьерра-Леоне	0.00100
Сингапур	0.38800
Словакия	0.05100
Словения	0.08200
Соломоновы Острова	0.00100
Сомали	0.00100
Южная Африка	0.29200
Испания	2.52000

Государства-члены и ассоциированные члены	Пересмотренная шкала ВОЗ на 2005 г. %
Шри-Ланка	0.01700
Судан	0.00800
Суринам	0.00100
Свазиленд	0.00200
Швеция	0.99800
Швейцария	1.19700
Сирийская Арабская Республика	0.03800
Таджикистан	0.00100
Таиланд	0.20900
Бывшая югославская Республика Македония	0.00600
Тимор-Лешти	0.00100
Того	0.00100
Токелау	0.00100
Тонга	0.00100
Тринидад и Тобаго	0.02200
Тунис	0.03200
Турция	0.37200
Туркменистан	0.00500
Тувалу	0.00100
Уганду	0.00600
Украина	0.03900
Объединенные Арабские Эмираты	0.23500
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	6.12720
Объединенная Республика Танзания	0.00600
Соединенные Штаты Америки	22.00000
Уругвай	0.04800
Узбекистан	0.01400
Вануату	0.00100
Венесуэла	0.17100
Вьетнам	0.02100
Йемен	0.00600
Замбия	0.00200
Зимбабве	0.00700
Итого	100.00000

2. ПОСТАНОВЛЯЕТ использовать суммы, имеющиеся в соответствии с механизмом корректировки на 2005 г., как показано ниже, пересчитанные таким образом, чтобы принять во внимание пересмотренные обязательные взносы на 2005 г. и в соответствии с методикой расчета, установленной в резолюции WHA56.34. Эти суммы, при необходимости, будут пропорциональным образом сокращены на основе уведомления, полученного к 31 октября 2004 г., с тем чтобы требуемая сумма полностью покрывалась суммой, выделенной в рамках механизма корректировки на 2004-2005 годы.

Государства-члены
и ассоциированные члены

Государства-члены,
имеющие право
воспользоваться
механизмом
корректировки 2005 г.
(новая шкала)

	долл. США
Афганистан	–
Албания	3 435
Алжир	–
Андорра	1 715
Ангола	–
Антигуа и Барбуда	1 715
Аргентина	–
Армения	–
Австралия	228 355
Австрия	–
Азербайджан	–
Багамские Острова	–
Бахрейн	22 320
Бангладеш	–
Барбадос	3 435
Беларусь	–
Бельгия	–
Белиз	–
Бенин	–
Бутан	–
Боливия	3 435
Босния и Герцеговина	–
Ботсвана	3 435
Бразилия	130 490
Бруней-Даруссалам	24 035
Болгария	10 300
Буркина-Фасо	–
Бурунди	–
Камбоджа	1 715
Камерун	–
Канада	214 620
Кабо-Верде	–
Центральноафриканская Республика	–
Чад	–
Чили	152 810
Китай	1 844 005
Колумбия	82 415
Коморские Острова	–
Конго	–
Острова Кука	–
Коста-Рика	24 035
Кот-д'Ивуар	1 715
Хорватия	13 735
Куба	32 620
Кипр	10 300
Чешская Республика	66 960
Корейская Народно-Демократическая Республика	–
Демократическая Республика Конго	–
Дания	63 525
Джибути	–
Доминика	–
Доминиканская Республика	34 340
Эквадор	–
Египет	96 150
Сальвадор	17 170
Экваториальная Гвинея	1 715

Государства-члены и ассоциированные члены	Государства-члены, имеющие право воспользоваться механизмом корректировки 2005 г. (новая шкала) долл. США
Эритрея	—
Эстония	—
Эфиопия	—
Фиджи	—
Финляндия	—
Франция	—
Габон	—
Гамбия	—
Грузия	—
Германия	—
Гана	—
Греция	317 635
Гренада	—
Гватемала	20 605
Гвинея	—
Гвинея-Биссау	—
Гайана	—
Гаити	1 715
Гондурас	3 435
Венгрия	13 735
Исландия	5 150
Индия	218 055
Индонезия	—
Иран (Исламская Республика)	—
Ирак	—
Ирландия	223 205
Израиль	211 185
Италия	—
Ямайка	3 435
Япония	—
Иордания	8 585
Казахстан	—
Кения	3 435
Кирибати	—
Кувейт	61 810
Кыргызстан	—
Лаосская Народно-Демократическая Республика	—
Латвия	—
Ливан	13 735
Лесото	—
Либерия	—
Ливийская Арабская Джамахирия	17 170
Литва	15 455
Люксембург	17 170
Мадагаскар	—
Малави	—
Малайзия	39 490
Мальдивские Острова	—
Мали	—
Мальта	—
Маршалловы Острова	—

Государства-члены и ассоциированные члены	Государства-члены, имеющие право воспользоваться механизмом корректировки 2005 г. (новая шкала) долл. США
Мавритания	–
Маврикий	3 435
Мексика	1 552 125
Микронезия (Федеративные Штаты)	–
Монако	–
Монголия	–
Марокко	12 020
Мозамбик	–
Мьянма	3 435
Намибия	–
Науру	–
Непал	–
Нидерланды	144 225
Новая Зеландия	6 870
Никарагуа	–
Нигер	–
Нигерия	18 885
Ниуэ	–
Норвегия	135 640
Оман	34 340
Пакистан	–
Палау	–
Панама	10 300
Папуа-Новая Гвинея	–
Парагвай	–
Перу	–
Филиппины	25 755
Польша	460 145
Португалия	78 980
Пуэрто-Рико	–
Катар	54 940
Республика Корея	1 383 860
Республика Молдова	–
Румыния	8 585
Российская Федерация	68 680
Руанда	–
Сент-Китс и Невис	–
Сент-Люсия	1 715
Сент-Винсент и Гренадины	–
Самоа	–
Сан-Марино	1 715
Сан-Томе и Принсипи	–
Саудовская Аравия	274 710
Сенегал	–
Сербия и Черногория	–
Сейшельские Острова	–
Сьерра-Леоне	–
Сингапур	363 995
Словакия	29 190
Словения	37 775
Соломоновы Острова	–
Сомали	–

Государства-члены и ассоциированные члены	Государства-члены, имеющие право воспользоваться механизмом корректировки 2005 г. (новая шкала) долл. США
Южная Африка	–
Испания	–
Шри-Ланка	8 585
Судан	1 715
Суринам	–
Свазиленд	–
Швеция	–
Швейцария	1 715
Сирийская Арабская Республика	–
Таджикистан	–
Таиланд	72 110
Бывшая югославская Республика Македония	3 435
Тимор-Лешти	1 715
Того	–
Токелау	–
Тонга	–
Тринидад и Тобаго	10 300
Тунис	8 585
Турция	–
Туркменистан	–
Тувалу	–
Уганда	3 435
Украина	–
Объединенные Арабские Эмираты	103 015
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	1 916 460
Объединенная Республика Танзания	5 150
Соединенные Штаты Америки	–
Уругвай	1 715
Узбекистан	–
Вануату	–
Венесуэла	24 035
Вьетнам	24 035
Йемен	–
Замбия	–
Зимбабве	–
Итого	11 182 830

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г. –
Комитет В, пятый доклад)

WHA57.16 Укрепление здоровья и здоровый образ жизни

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

ссылаясь на резолюции WHA42.44 и WHA51.12 об укреплении здоровья, общественной информации и санитарном просвещении, на результаты пяти международных конференций по укреплению здоровья, состоявшихся в Оттаве (1986 г.), Аделаиде, Австралия (1988 г.), Сандсвале, Швеция (1991 г.), Джакарте (1997 г.) и Мехико (2000 г.), на Заявление министров по

вопросам укрепления здоровья (2000 г.), а также на принятие Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (2003 г.);

рассмотрев доклад об укреплении здоровья и здоровом образе жизни¹;

принимая к сведению, что в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г.*² рассматриваются важнейшие факторы риска в области глобального здравоохранения и подчеркивается роль поведенческих факторов, в частности нездорового рациона питания, отсутствия физической активности, потребления табака и губительного употребления алкоголя в качестве ключевых факторов риска неинфекционных болезней, которые представляют собой быстро увеличивающееся бремя болезней;

принимая к сведению, что психическое здоровье является важным компонентом общего укрепления здоровья;

признавая, что потребность в стратегиях, моделях и методах укрепления здоровья не ограничивается ни какой-либо одной проблемой в области здравоохранения, ни отдельным набором форм поведения, а относится к самым разнообразным группам населения, факторам риска и болезням и различным культурам и условиям;

признавая, что в целом важнейшие усилия в области укрепления здоровья должны быть направлены на уменьшение неравенств в области здравоохранения путем всестороннего воздействия на определяющие параметры, включая общественные структуры, факторы окружающей среды и образ жизни;

признавая необходимость для государств-членов укреплять политику, людские и финансовые ресурсы и институциональный потенциал для устойчивой и эффективной работы по укреплению здоровья, направленной на рассмотрение важнейших детерминант здоровья и связанных с ними факторов риска, в целях создания национального потенциала, укрепления подходов, основанных на фактических данных, разработки новаторских способов финансирования и подготовки руководящих принципов осуществления и оценки;

признавая важность первичной медико-санитарной помощи и пяти областей действий, указанных в Оттавской хартии укрепления здоровья;

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

- (1) укреплять существующий потенциал на национальном и местном уровнях в целях планирования и осуществления всесторонних и многосекторальных программ и политики в области укрепления здоровья с учетом гендерных факторов и культурного контекста с уделением особого внимания беднейшим и маргинализированным группам населения;
- (2) создать соответствующие механизмы для сбора, изучения и анализа опыта стран в целях укрепления совокупности фактических данных в отношении эффективности мероприятий в области укрепления здоровья в качестве неотъемлемой части систем здравоохранения с целью осуществления эффективных перемен в обществе и в образе жизни;
- (3) уделять приоритетное внимание содействию здоровому образу жизни среди детей и молодежи – юношей и девушек, как в школе и других учебных заведениях, так и вне их, –

¹ Документ А57/11.

² *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 год. Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г.

включая здоровые и безопасные рекреационные возможности и создание благоприятствующей обстановки для такого образа жизни;

(4) включить губительное употребление алкоголя в список факторов риска, обусловленных образом жизни, как указано в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г.*, и уделять внимание предотвращению вреда, связанного с употреблением алкоголя, и содействовать осуществлению стратегий по смягчению неблагоприятных физических, психических и социальных последствий губительного употребления алкоголя, в особенности среди молодежи и беременных женщин, на рабочем месте и при вождении;

(5) создать программы прекращения употребления табака;

(6) активным образом рассмотреть, в тех случаях, когда это необходимо и целесообразно, возможность создания новаторских, адекватных и устойчивых механизмов финансирования в целях укрепления здоровья, имеющих прочную институциональную основу для управления деятельностью по укреплению здоровья;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) уделять вопросу укрепления здоровья самое приоритетное внимание для поддержки его развития в рамках Организации, как это требуется резолюцией WHA51.12, в целях оказания государствам-членам, в консультации с соответствующими заинтересованными сторонами, более эффективной поддержки в рассмотрении важнейших факторов риска, включая губительное употребление алкоголя и другие важнейшие факторы, связанные с образом жизни;

(2) продолжать пропагандировать подход к укреплению здоровья на основе фактических данных и оказывать государствам-членам техническую и другую поддержку в создании ими потенциала по осуществлению, мониторингу, оценке и распространению эффективных программ в области укрепления здоровья на всех уровнях;

(3) оказывать поддержку и разрабатывать рекомендации для государств-членов в связи с проблемами и возможностями, обусловленными содействием здоровому образу жизни и регулированием связанных с ним факторов риска, как это указывается в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г.*;

(4) обеспечивать поддержку всех государств-членов в разработке и выполнении программ прекращения употребления табака;

(5) поддерживать государства-члены в тех случаях, когда это необходимо и целесообразно, в их усилиях, направленных на создание новаторских, адекватных и устойчивых механизмов финансирования, имеющих прочную институциональную основу в целях эффективной координации и систематического контроля в отношении их усилий в области укрепления здоровья;

(6) представить доклад о ходе работы по содействию здоровому образу жизни Исполнительному комитету на его Сто пятнадцатой сессии и Всемирной ассамблее здравоохранения на ее Пятьдесят восьмой сессии, включая доклад о будущей работе Организации по проблеме употребления алкоголя.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г. –
Комитет А, третий доклад)

WHA57.17 Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

напоминая резолюции WHA51.18 и WHA53.17 о профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними и резолюцию WHA55.23 о режиме питания, физической активности и здоровье;

напоминая *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г.*¹, в котором говорится о том, что на смертность, заболеваемость и инвалидность, обусловленные основными неинфекционными болезнями, в настоящее время приходится приблизительно 60% всех случаев смерти и 47% глобального бремени болезней и что, по прогнозам, к 2020 г. эти показатели составят 73% и 60%, соответственно;

отмечая, что 66% случаев смерти, относимых к неинфекционным болезням, происходят в развивающихся странах, где больные ими в среднем моложе, чем в развитых странах;

встревоженная ростом этих показателей, который является следствием изменения демографических тенденций и образа жизни, в том числе тенденций, связанных с нездоровым режимом питания и отсутствием физической активности;

признавая наличие значительного объема знаний и потенциала в области общественного здравоохранения, необходимость снижения уровня подверженности серьезным факторам риска, связанным с нездоровым режимом питания и отсутствием физической активности, а также тот факт, что связанные с этим болезни можно в значительной степени предотвратить;

учитывая также, что эти серьезные факторы риска, обусловленные поведением и окружающими условиями, поддаются изменению путем осуществления необходимых согласованных действий в области общественного здравоохранения, как это было продемонстрировано в ряде государств-членов;

признавая, что неправильное питание, включая недостаточное питание и дефицит питательных элементов, все еще является одной из важнейших причин смерти и болезни во многих частях мира, особенно в развивающихся странах, и что настоящая стратегия дополняет важную работу ВОЗ и государств-членов в области питания в целом;

признавая взаимозависимость стран, общин и отдельных людей и тот факт, что правительства, в сотрудничестве с другими заинтересованными сторонами, играют главную роль в создании условий, которые дают возможность отдельным людям, семьям и общинам принимать позитивные, благоприятные для жизни решения в отношении здорового режима питания и физической активности и поощряют их к этому;

признавая важность глобальной стратегии в области режима питания, физической активности и здоровья в контексте комплексной профилактики неинфекционных болезней и борьбы с ними, включая поддержку здорового образа жизни, содействие созданию более здоровых окружающих условий, обеспечение общественной информации и услуг в области здравоохранения и самое широкое вовлечение в работу по улучшению образа жизни и укреплению здоровья отдельных людей и общин, специалистов в области здравоохранения и в смежных областях, а также всех заинтересованных сторон, приверженных делу сокращения факторов риска неинфекционных болезней;

¹ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 год. Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г.

признавая, что для осуществления настоящей глобальной стратегии необходимо содействовать наращиванию потенциала, а также финансовой и технической поддержки посредством международного сотрудничества в порядке содействия национальным усилиям в развивающихся странах;

признавая социально-экономическую важность и потенциальные выгоды для здоровья традиционной практики питания и физической активности, в том числе практики, сложившейся среди коренного населения;

вновь подтверждая, что в данной стратегии ничто не будет истолковываться как оправдание для применения мер, ограничивающих торговлю или искажающих торговую практику;

вновь подтверждая, что соответствующие уровни потребления энергии, питательных элементов и пищевых продуктов, включая "свободные" сахара, соль, жиры, фрукты, овощи, немолотое зерно и орехи, будут определяться в соответствии с национальными руководствами по питанию и физической активности на основе наилучших имеющихся научных данных и как часть политики и программ государств-членов, учитывающих культурные традиции и национальные режимы питания и практику;

убежденная в том, что настало время, когда правительства, гражданское общество и международное сообщество, включая частный сектор, должны вновь подтвердить свою приверженность делу поощрения здорового режима питания и физической активности;

отмечая, что резолюция WHA56.23 призывает государства-члены полностью использовать стандарты Комиссии по Кодекс алиментариус для защиты здоровья людей по всей пищевой цепи, включая помощь в выборе здорового питания и рациона

1. ОДОБРЯЕТ Глобальную стратегию по питанию, физической активности и здоровью;
2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:
 - (1) разрабатывать, осуществлять и оценивать действия, которые рекомендованы в стратегии, в соответствии с их национальными условиями и в качестве одного из направлений их общей политики и программ, которые укрепляют здоровье отдельных лиц и общин благодаря здоровому режиму питания и физической активности и сокращают факторы риска и распространенность неинфекционных болезней;
 - (2) поощрять образ жизни, который включает здоровый рацион питания и физическую активность и способствует энергетическому балансу;
 - (3) укрепить существующие или создать новые структуры для осуществления стратегии в рамках системы здравоохранения и других соответствующих секторов, мониторинга и оценки ее эффективности и направления инвестиционных ресурсов и управленческого потенциала на снижение степени распространенности неинфекционных болезней и рисков, связанных с нездоровым режимом питания и отсутствием физической активности;
 - (4) определить в этих целях в соответствии с национальными условиями:
 - (a) национальные цели и задачи,
 - (b) реальные сроки их достижения,

- (с) национальные руководства по питанию и физической активности,
- (d) поддающиеся измерению показатели осуществления процесса и достигнутых результатов, которые позволят обеспечить точный мониторинг и оценку выполненной работы и принятие оперативных ответных мер по удовлетворению выявленных потребностей,
- (е) меры по сохранению и более широкому использованию традиционных продуктов питания и повышению физической активности;

(5) поощрять мобилизацию всех соответствующих социальных и экономических групп, в том числе научных, профессиональных, неправительственных, добровольных, а также групп частного сектора, гражданского общества и промышленных ассоциаций, и привлекать их к активному и надлежащему участию в осуществлении стратегии и достижении ее целей и задач;

(6) всячески содействовать и поощрять создание условий, стимулирующих индивидуальную ответственность за здоровье, благодаря такому образу жизни, который включает здоровый рацион питания и физическую активность;

(7) обеспечить, чтобы государственная политика, принятая в контексте осуществления настоящей стратегии, соответствовала их индивидуальным обязательствам, закрепленным в международных и многосторонних соглашениях, включая торговые и другие соответствующие соглашения, так чтобы это не оказывало ограничивающего или искажающего влияния на торговлю;

(8) при осуществлении стратегии принять во внимание риск непреднамеренного воздействия на уязвимые слои населения или отдельные виды продуктов.

3. ПРИЗЫВАЕТ другие международные организации и органы придать, в рамках их соответствующих мандатов и программ, высокую приоритетность более здоровому режиму питания и физической активности для улучшения здоровья и предлагает заинтересованным сторонам из государственного и частного секторов, включая донорское сообщество, сотрудничать с правительствами в этой области;

4. ПРЕДЛАГАЕТ Комиссии по Кодекс алиментариус и впредь тщательно рассматривать в рамках своего рабочего мандата основанные на фактических данных меры, которые она может принять в целях улучшения медико-санитарных стандартов на пищевые продукты, в соответствии с целями и задачами этой стратегии;

5. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) продолжать и укреплять, в сотрудничестве с государствами-членами, работу, посвященную проблемам питания, включая недостаточность питания и дефицит микроэлементов, и продолжить практику информирования государств-членов об изменениях в области питания (резолюции WHA46.7, WHA52.24, WHA54.2 и WHA55.25);

(2) оказывать технические консультативные услуги и мобилизовать поддержку государствам-членам, по их просьбе, в осуществлении этой стратегии, а также в мониторинге и оценке ее осуществления как на глобальном, так и на региональном уровнях;

- (3) вести на постоянной основе международный мониторинг научного прогресса и исследований в области режима питания, физической активности и здоровья, включая утверждения о диетической ценности сельскохозяйственных продуктов, которые составляют значительную или важную часть рациона питания отдельных стран, с тем чтобы дать возможность государствам-членам адаптировать свои программы в свете самых последних знаний;
- (4) продолжать работу по подготовке и распространению технической информации, руководящих принципов, исследований, оценок, а также пропагандистских и учебных материалов в целях повышения информированности государств-членов о соотношении затрат и выгод, а также о вкладе здорового режима питания и физической активности в решение проблем глобального бремени неинфекционных болезней;
- (5) укреплять международное сотрудничество с другими организациями системы Организации Объединенных Наций и двусторонними учреждениями в вопросах содействия здоровому режиму питания и физической активности на протяжении всей жизни;
- (6) сотрудничать с гражданским обществом и заинтересованными сторонами в государственном и частном секторах для снижения риска неинфекционных болезней при осуществлении стратегии и содействия здоровому режиму питания и физической активности, стремясь при этом не допускать потенциальных конфликтов интересов.
- (7) сотрудничать с другими специализированными учреждениями системы Организации Объединенных Наций и межправительственными организациями по вопросам оценки и мониторинга медико-санитарных аспектов, социально-экономического воздействия и гендерных аспектов этой стратегии и ее осуществления и сообщить Всемирной ассамблее здравоохранения на ее Пятьдесят девятой сессии о ходе этой работы;
- (8) представить доклад об осуществлении Глобальной стратегии на Пятьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ГЛОБАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ВОЗ В ОБЛАСТИ РАЦИОНА ПИТАНИЯ, ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

1. Признавая тяжелое и растущее бремя неинфекционных болезней, государства-члены предложили Генеральному директору разработать глобальную стратегию в области рациона питания, физической активности и здоровья посредством процесса широких консультаций¹. Для определения содержания проекта глобальной стратегии было проведено шесть региональных консультаций с государствами-членами, консультации с учреждениями системы Организации Объединенных Наций и другими межправительственными организациями, с представителями гражданского общества и частным сектором. Кроме того, Организация консультировалась с группой независимых экспертов по вопросам рациона питания и физической активности из всех шести регионов ВОЗ.
2. Стратегия рассматривает два основных фактора риска в отношении неинфекционных заболеваний, а именно: режим питания и вопрос о физической нагрузке, дополняя тем самым

¹ Резолюция WHA55.23.

давно начатую ВОЗ и странами работу по другим связанным с питанием разделам, включая недостаточное питание, нехватку микронутриентов и вопросы питания детей грудного и младшего возраста.

ЗАДАЧА

3. Глубокий сдвиг в структуре основных причин смертности и заболеваемости наблюдается в настоящее время в большинстве стран. В глобальном масштабе бремя неинфекционных болезней резко увеличилось. В 2001 г. на неинфекционные болезни приходилось почти 60% из общего числа 56 миллионов смертей и 47% общего бремени болезней. Учитывая эти цифровые показатели и прогнозируемый будущий рост бремени неинфекционных заболеваний, профилактика этих болезней представляет собой важную проблему общественного здравоохранения.

4. В *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г.*¹ подробно описывается, каким образом в большинстве стран несколько важнейших факторов риска обуславливают значительную долю всех случаев смерти и болезней; а что касается неинфекционных болезней, наибольшие риски включают повышенное давление крови, повышенное содержание холестерина в крови, малую долю фруктов и овощей в рационе питания, избыточный вес, недостаточную физическую активность и употребление табака. Пять из этих факторов риска тесно связаны с рационом питания и физической активностью.

5. Нездоровые рационы питания и недостаточная физическая активность, таким образом, являются ведущими причинами основных неинфекционных болезней, включая сердечно-сосудистые болезни, диабет типа 2 и определенные типы рака, и на них приходится значительная доля глобального бремени болезней, смерти и инвалидности. Другие болезни, связанные с рационом питания и недостаточной физической активностью, например кариес и остеопороз, являются широко распространенными причинами заболеваемости.

6. Основное бремя заболеваемости, инвалидности и смертности от неинфекционных болезней в настоящее время приходится на развивающиеся страны, где страдающие от них в среднем моложе, чем в развитых странах, и где регистрируется 66% смертельных исходов. Быстрые изменения в рационе питания и степени физической активности еще более способствуют повышению показателей. Курение также повышает риск всех этих болезней, хотя в основном через независимые механизмы.

7. В некоторых развитых странах, где в национальном бремени болезней преобладали неинфекционные болезни, показатели смертности и заболеваемости по конкретным возрастным группам медленно снижаются. Достигнуты успехи в сокращении показателей преждевременной смерти от коронарной артериальной болезни, цереброваскулярной болезни и некоторых онкологических заболеваний, связанных с употреблением табака. Однако общее бремя болезней и число пациентов остаются высокими, и во многих из этих развитых стран наблюдается рост избыточного веса и тучности среди взрослых и детей и тесно связанное с ними повышение распространенности диабета типа 2.

8. Неинфекционные болезни и связанные с ними факторы риска изначально связаны с наиболее преуспевшими в экономическом отношении группами в странах с низким и средним уровнями дохода. Вместе с тем, полученные недавно данные свидетельствуют о том, что со

¹ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 год. Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г.

временем формы нездорового поведения и связанные с ними неинфекционные болезни ассоциируются с бедными общинами и содействуют социальному и экономическому неравенству.

9. В самых бедных странах мира, даже если в нынешнем бремени болезни пока преобладают инфекционные болезни и недостаточное либо неполноценное питание, наблюдается распространенность основных факторов риска хронических заболеваний. В развивающихся странах все в большей степени наблюдаются избыточное питание и излишний вес даже в группах населения с низким доходом в более богатых из таких стран. Комплексный подход к причинам несбалансированного питания и снижению уровня физической активности может способствовать облегчению будущего бремени хронических неинфекционных болезней.

10. Во всех странах имеющиеся данные показывают, что основополагающие детерминанты неинфекционных болезней в основном одинаковы. Они включают повышенное потребление энергетически богатых, но бедных питательными элементами продуктов с высоким содержанием жира, сахара и соли; пониженный уровень физической активности на дому, на рабочем месте, во время отдыха, на транспорте, а также употребление табака. Различия в уровнях риска и соответствующих результатах для здоровья на популяционном уровне в основном объясняются разницей во времени и интенсивностью этих изменений на национальном и глобальном уровнях. Особую озабоченность вызывают нездоровые рационы питания и пониженная физическая активность детей и подростков.

11. Здоровье и питание матерей до и во время беременности, а также питание детей раннего возраста важны для профилактики неинфекционных болезней на протяжении всей жизни. Исключительно грудное вскармливание в течение шести месяцев и соответствующий прикорм после этих шести месяцев способствуют оптимальному физическому росту, психическому развитию и предупреждению неинфекционных болезней. Дети, которые страдали от ограничения внутриутробного роста и, возможно, от задержки роста после рождения, подвержены более высокому риску неинфекционных болезней в последующие годы жизни.

12. Большая часть пожилых людей проживают в развивающихся странах, а старение населения оказывает серьезное воздействие на структуру заболеваемости и смертности. Для многих развивающихся стран это означает повышение бремени неинфекционных болезней с параллельно сохраняющимся бременем инфекционных болезней. В дополнение к чисто гуманитарному аспекту, сохранение здоровья и поддержание функциональности растущего контингента пожилых людей будет решающим фактором сокращения спроса на медико-санитарные службы и затрат на них.

13. Рацион питания и физическая активность воздействуют на здоровье как совместно, так и по отдельности. Таким образом, хотя последствия режима питания и уровня физической активности для здоровья зачастую взаимодействуют, особенно в отношении тучности, физическая активность дает дополнительные преимущества для здоровья, которые не зависят от рациона и режима питания. Кроме того, имеются значительные нутриционные риски, которые не связаны с тучностью. Физическая активность – основное средство улучшения физического и психического здоровья личности.

14. На правительства ложится основная ответственность вместе с другими партнерами за создание условий в окружающей среде, которые позволяют и содействуют изменению привычек поведения как отдельных людей, так и целых семей и общин, что позволяет

принимать позитивные содействующие здоровому образу жизни привычки в отношении здорового режима питания и физической активности.

15. Неинфекционные болезни ложатся тяжелым экономическим бременем на уже перегруженные системы здравоохранения и влекут большие социальные издержки. Здоровье является ключевой детерминантой развития и предварительным условием экономического роста. Комиссия ВОЗ по макроэкономике и здоровью продемонстрировала, какой ущерб наносят болезни развитию, и то, что инвестиции в здоровье являются важным условием экономического развития¹. Программы по содействию здоровому режиму питания и физической активности в целях предупреждения болезней являются важнейшим средством в рамках политики по удовлетворению потребностей развития.

ВОЗМОЖНОСТЬ

16. Существует уникальная возможность сформулировать и осуществить эффективную стратегию в целях решительного сокращения смертности и заболеваемости во всем мире за счет улучшения рациона питания и повышения физической активности. Имеются убедительные данные о связях между этими здоровыми формами поведения и болезнями и недомоганиями в будущем. Существуют эффективные меры, которые позволяют людям жить дольше и в лучшем здравии, сокращать неравенство и укреплять развитие. Благодаря мобилизации всего потенциала основных участников на глобальном уровне это чаяние могло бы стать реальностью для всех групп населения во всех странах.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ

17. Общая цель глобальной стратегии в области рациона питания, физической активности и здоровья заключается в охране и укреплении здоровья за счет обеспечения ориентиров для развития устойчивых действий на общинном, национальном и глобальном уровнях, которые, взятые воедино, приведут к сокращению показателей заболеваемости и смертности, связанных с нездоровым рационом питания и недостаточной физической активностью. Эти действия подтверждают Цели тысячелетия в области развития Организации Объединенных Наций и обладают огромным потенциалом для серьезного укрепления общественного здравоохранения во всем мире.

18. В глобальной стратегии ставятся четыре основные задачи:

- (1) сокращение факторов риска инфекционных болезней в результате нездорового рациона питания и недостаточной физической активности за счет решительных действий в области общественного здравоохранения, а также мер по укреплению здоровья и профилактике болезней;
- (2) расширение общего осознания и понимания роли рациона питания и физической активности как детерминантов здоровья населения и положительного потенциала профилактических мероприятий;
- (3) поощрение разработки, укрепления и осуществления глобальных, региональных, национальных и общинных политических курсов и планов действий для улучшения рациона питания и повышения физической активности, характеризующихся

¹ *Макроэкономика и здоровье: инвестирование в здравоохранение в интересах экономического развития.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 г.

устойчивостью, всеобъемлемостью и способностью привлечь все стороны, включая гражданское общество, частный сектор и средства массовой информации;

(4) сбор научных данных и мониторинг основных воздействий на рацион питания и физическую активность; оказание поддержки научным исследованиям по широкой гамме соответствующих областей; развитие кадровых ресурсов, необходимых для укрепления и поддержания медико-санитарной деятельности в этой области.

ОСНОВА ДЛЯ ДЕЙСТВИЙ

19. Фактические данные указывают, что люди могут сохранять здоровье после семидесяти, восьмидесяти и девяноста лет при оптимальном рационе питания, регулярной физической активности и воздержании от табака. Исследования, проведенные в последние годы, позволили обеспечить хорошее и постоянно растущее понимание пользы оптимальных рационов питания и физической активности для здоровья, а также выявили наиболее успешные мероприятия общественного здравоохранения на индивидуальном и популяционном уровнях. Хотя и требуется проведение дополнительных исследований, уже имеющиеся знания служат обоснованием для незамедлительных действий в плане общественного здравоохранения.

20. Факторы риска неинфекционных болезней зачастую сосуществуют и взаимодействуют. При повышении общего уровня факторов риска риску подвергается все более значительная часть населения. Поэтому стратегии профилактики должны быть направлены на сокращение риска для всего населения. Такое сокращение риска, даже в скромных масштабах, кумулятивно окажет самую большую и наиболее устойчивую пользу и значительно превысит ограниченное воздействие мероприятий, направленных на лиц, подверженных высокой степени риска. Содействие здоровому рациону питания и физической активности принесет большую пользу, а наряду с борьбой против употребления табака представит собой наилучшую стратегию по сдерживанию растущей глобальной угрозы неинфекционных болезней.

21. В докладах международных и национальных экспертов и в обзорах современных научных данных содержатся обновленные данные и рекомендации в области рациона питания и физической активности населения для предупреждения основных неинфекционных болезней. Выводы экспертов подтверждают, что для долгой и здоровой жизни необходимы здоровый режим питания и физическая активность. Рекомендации совещания экспертов необходимо отразить в национальных рекомендациях, а также в руководствах по питанию с учетом конкретных медико-санитарных условий каждой страны.

22. **Что касается рациона питания,** то рекомендации для населения и отдельных лиц должны учитывать стремление к тому, чтобы:

- добиваться энергетического баланса и обеспечения оптимального веса
- ограничивать поступление энергии за счет употребления жиров и переводить потребление с насыщенных жиров и *транс*жирных кислот на ненасыщенные жиры
- повышать потребление фруктов и других растительных продуктов, включая овощи, немолотое зерно и орехи
- ограничивать потребление "свободных" сахаров

- ограничивать потребление (натриевой) соли из всех источников и обеспечить йодирование соли.

23. Физическая активность – это ключевой детерминант расхода энергии, и поэтому имеет важнейшее значение для энергетического баланса и сохранения оптимального веса. Физическая активность сокращает риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний и диабета и улучшает многие состояния, что выходит за пределы борьбы с избыточным весом. Положительное воздействие физической активности на метаболический синдром обеспечивается механизмами, которые связаны не только с борьбой с избыточным весом. Так, физическая активность содействует снижению кровяного давления, повышает уровень липопротеинов холестерина, способствует регулированию глюкозы в крови людей с избыточным весом, даже без значительной потери такого веса, и уменьшает риск возникновения рака прямой кишки и рака груди среди женщин.

24. **Что касается физической активности**, то каждому индивидууму рекомендуется обеспечивать адекватный ее уровень на протяжении всей жизни. Для различных результатов с точки зрения здоровья требуются различные формы физической активности: по крайней мере, 30 минут регулярной физической активности средней интенсивности в большинство дней недели уменьшают риск сердечно-сосудистых болезней, диабета, рака прямой кишки и рака груди. Укрепление мускулатуры и поддержание навыков равновесия может снизить вероятность падений и улучшить функциональный статус среди взрослых. Более активная физическая нагрузка необходима для борьбы с избыточным весом.

25. Выполнение этих рекомендаций вместе с эффективной борьбой против табака в рамках глобальной стратегии должно обеспечить создание региональных и национальных планов действий, что потребует постоянной политической решимости и сотрудничества многих заинтересованных сторон. Данная Стратегия обеспечит эффективную профилактику хронических болезней.

ПРИНЦИПЫ ДЕЙСТВИЙ

26. *Доклад о состоянии здравоохранении в мире, 2002 г.* указывает на огромный потенциал мер по улучшению здоровья, связанных с мерами по уменьшению распространенности факторов риска в связи с неинфекционными болезнями (и, прежде всего, нездорового режима питания и физической неактивности). В качестве ориентиров для разработки проекта глобальной стратегии ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья и разработки национальных и региональных стратегий и планов были отобраны принципы, которые приводятся ниже.

27. Стратегии должны быть основаны на лучших научных исследованиях и фактах; всеобъемлющими, включающими как политику, так и действия, направленные на борьбу со всеми основными причинами хронических болезней вместе; многосекторальными, предусматривающими длительную перспективу и участие всех слоев общества; междисциплинарными и партиципативными в соответствии с принципами, содержащимися в Оттавской хартии укрепления здоровья и подтвержденными на последующих конференциях по укреплению здоровья¹, и признающими сложные формы взаимодействия между личностным выбором, социальными нормами и экономическими факторами, равно как и факторами окружающей среды.

¹ См. резолюцию WHA51.12.

28. Исключительно важное значение в предупреждении неинфекционных болезней и борьбе с ними имеет ориентация на всю жизнь. Она начинается со здоровья матерей и пренатального питания, исхода беременности, исключительно грудного вскармливания в течение шести месяцев, охраны здоровья детей и подростков; детей в школах, взрослых на рабочих местах и в другой обстановке, а также престарелых с акцентом на сбалансированный рацион питания и регулярную физическую активность на протяжении всей жизни.

29. Стратегии по сокращению неинфекционных болезней должны рассматриваться как часть более широких, всеобъемлющих и координированных усилий в области общественного здравоохранения. Всем партнерам, и особенно правительствам, необходимо одновременно решать целый ряд вопросов. В отношении рациона питания это включает все аспекты несбалансированного питания (например, избыточное или недостаточное питание, нехватку питательных микроэлементов и излишнее потребление определенных питательных элементов); продовольственную безопасность (физическая доступность, наличие и экономическая доступность здорового рациона питания); безопасность пищевых продуктов; поддержку и содействие исключительно грудному вскармливанию на протяжении первых шести месяцев жизни. Вопросы физической активности включают физическое воспитание и занятия физкультурой в школе, на работе и в быту, растущую урбанизацию и различные аспекты городского планирования, транспорта, безопасности и возможности заниматься физкультурой во время досуга.

30. Приоритет следует отдавать тем мероприятиям, которые оказывают положительное воздействие на наиболее бедные группы населения и общины. Такие мероприятия обычно улучшают жизнь самых бедных в стране, обычно требуют действий на основе общины с активным участием правительства и при контроле с его стороны.

31. Все партнеры должны быть подотчетны в вопросах политики по отношению к семье и при осуществлении программ по эффективному сокращению этих поддающихся профилактике рисков для здоровья. Важными составляющими таких действий являются оценка, мониторинг и надзор.

32. Распространенность неинфекционных болезней, связанных с режимом питания и физической активностью, может быть очень различной для мужчин и женщин. Характер физической активности изменяется в зависимости от пола, культуры и возраста. Решения в отношении продовольствия и питания зачастую принимаются женщинами и зависят от культуры и традиционных рационов питания. Поэтому в стратегиях и планах действий необходимо учитывать гендерные различия.

33. Привычки в отношении питания, а также характера физической активности зачастую основываются на местных и региональных традициях. Поэтому национальные стратегии должны быть культурно приемлемыми и в то же время реагировать на воздействие современной обстановки на культуру, а также ее изменение во времени.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ДЕЙСТВИЯ

34. Для достижения изменений в привычках в отношении рациона питания и характера физической активности потребуются совместные усилия многих участников как из государственного, так и из частного секторов на протяжении ряда десятилетий. Необходимо сочетание объективных и эффективных мер на глобальном, региональном, национальном и местном уровнях при тщательном мониторинге и оценке их воздействия. В нижеследующих

пунктах дается описание сферы ответственности всех участников этого процесса, и представлены рекомендации, подготовленные на основе консультаций.

Государства-члены

35. Для улучшения рациона питания и поощрения физической активности данная глобальная стратегия будет способствовать разработке национальной политики, стратегии и планов, а также их пропаганде и послужит основой для их осуществления. Национальные особенности послужат определению приоритетов. В связи с весьма различными ситуациями в разных странах, а также между ними потребуется региональное сотрудничество в ходе осуществления; региональные стратегии могут оказаться весьма полезными странам в осуществлении национальных планов. Для обеспечения максимальной эффективности страны должны принять комплексные планы действия.

36. **Для достижения долговременных изменений в здоровье населения исключительно важна роль правительства.** Правительства, в первую очередь, несут ответственность за ориентацию и контроль в плане инициации и развития стратегии, обеспечивая ее осуществление и проводя мониторинг воздействия в долгосрочной перспективе.

37. **Правительствам предлагается использовать для этого уже существующие структуры и процессы для решения вопросов режима и рациона питания и физической активности.** Во многих странах существующие национальные стратегии и планы действий могут быть доработаны в соответствии с настоящей стратегией, тогда как в других странах их можно разработать как основу для совершенствования борьбы с неинфекционными болезнями. Правительства призываются к созданию национального механизма координации, который будет заниматься вопросами рациона питания и физической активности в контексте всеобъемлющего плана профилактики неинфекционных болезней и укрепления здоровья. Следует обеспечить широкое участие местных органов самоуправления. Консультативные экспертные советы должны быть многосекторальными и междисциплинарными; в их состав следует включать экспертов по техническим вопросам и представителей правительственных учреждений и назначать независимого председателя для обеспечения того, чтобы научные данные интерпретировались объективно, а не в интересах отдельных групп.

38. **Министерства здравоохранения выполняют центральную роль в координации и поощрении вкладов многих других министерств и правительственных учреждений.** В их числе можно назвать министерства и правительственные учреждения, которые несут ответственность за политику в области продовольствия, сельского хозяйства, молодежи, отдыха, спорта, образования, торговли и промышленности, финансов, транспорта, средств информации и коммуникации, социального обеспечения, планирования городского развития и охраны окружающей среды.

39. **Национальным стратегиям, политике и планам действий необходимо обеспечить поддержку.** Поддержка должна быть предоставлена на основе эффективного законодательства, соответствующей административной инфраструктуры и при осуществлении программ, адекватном финансировании, мониторинге и оценке и продолжении исследований.

(1) **Национальные стратегии в области рациона питания и физической активности.** Национальные стратегии содержат описание мер для содействия здоровому рациону питания и надлежащей физической активности, которые необходимы для профилактики болезней и укрепления здоровья населения, включая стратегии, которые решают проблемы несбалансированного питания, включая недостаточную и избыточную

упитанность. Национальные стратегии должны включать конкретные цели, задачи, а также действия, аналогичные тем, что описаны в настоящей глобальной стратегии. Особенно важны те элементы, которые необходимы для осуществления плана действий, определения необходимых ресурсов и назначения национальных координационных центров (ключевые национальные институты); сотрудничества между сектором здравоохранения и такими важными секторами, как сельское хозяйство, городское планирование и транспорт; а также мониторинг и последующую деятельность.

(2) **Национальные руководства по рациону питания.** За основу национальных руководств правительствам предлагается взять данные из национальных и международных источников. Такие руководства служат ориентирами для национальной политики в области питания, просвещения по вопросам питания, а также для других государственных мероприятий и межсекторального сотрудничества в этой области. Их можно периодически обновлять с учетом изменений в рационах питания и структуре заболеваемости.

(3) **Национальные руководства по физической активности.** Национальные руководства по физической активности, способствующей укреплению здоровья, необходимо разрабатывать в соответствии с глобальными целями и с учетом рекомендаций экспертов.

40. **Правительствам необходимо обеспечить правильную и сбалансированную информацию.** Правительствам необходимо рассмотреть возможность принятия мер, которые обеспечат сбалансированную информацию для потребителей, с тем чтобы им было легко принимать решения в пользу здорового выбора и обеспечить наличие надлежащих программ укрепления здоровья и санитарного просвещения. В частности, информация для потребителей должна готовиться с учетом уровней грамотности, коммуникационных барьеров и местной культуры, и она должна быть понятна для всех слоев и групп населения. В некоторых странах программы укрепления здоровья строили таким образом, чтобы учесть соображения такого рода о рационах питания и физической активности. Некоторые правительства уже взяли на себя юридическое обязательство обеспечивать положение, при котором фактическая информация позволяет потребителям принимать вполне обоснованные решения по таким вопросам, которые могут оказать влияние на их здоровье. В других случаях действия могут зависеть от политики правительств данных стран. Правительствам следует выбирать оптимальное сочетание мер. Действия же должны соответствовать национальному потенциалу и эпидемиологическому профилю их стран, который будет различным для каждой отдельной страны.

(1) **Просвещение, информация и осведомленность общественности.** Надлежащая основа для действий определяется знаниями населения о зависимости между физической активностью, рационом питания и здоровьем, поступлении и отдаче энергии, режимах и рационах питания и характере физической активности, которые снижают риск неинфекционных болезней, а также о том, что полезные для здоровья пищевые продукты закладывают основу для правильной политики. Необходима платформа для подготовки правительственными экспертами, неправительственными и низовыми организациями и промышленностью логически связанной, всесторонней и в то же время простой и ясной информации. Такую информацию следует доводить до населения по ряду каналов и в таких формах, которые соответствуют местной культуре, возрасту и полу тех, кому она предназначена. Важную роль в оказании воздействия на поведение играют учебные заведения, предприятия, религиозные учреждения, неправительственные организации,

общинные лидеры, а также средства массовой информации. Для борьбы с вводящими в заблуждение рекомендациями по рациону питания важно, чтобы уже в начальной школе обеспечивалось просвещение по вопросам здоровья, питания и физической активности и прививались навыки информационной грамотности. Постоянно должна также вестись оценка таких информационных кампаний.

(2) **Программы повышения грамотности и просвещения для взрослых.** Грамотность по связанным со здоровьем вопросам должна включаться в программы просвещения для взрослых. Такие программы дают возможность работникам здравоохранения расширить познания людей в отношении режима питания, физической активности и профилактики неинфекционных заболеваний и охватить ими маргинализованные группы населения.

(3) **Маркетинг, реклама, спонсорство и продвижение на рынок.** Реклама пищевых продуктов воздействует на их выбор потребителем и на привычки в отношении питания. Нельзя допускать, чтобы реклама пищевых продуктов и напитков строилась на неопытности или доверчивости детей. Необходимо поощрять позитивную, способствующую укреплению здоровья информацию и принимать меры для недопущения рекламы, способствующей нездоровому режиму питания и снижению физической активности. Правительствам следует работать с группами потребителей и с промышленностью (включая рекламу) для разработки соответствующих подходов к маркетингу пищевых продуктов, ориентированному на детей, и решать вопросы, связанные со спонсорством, содействием сбыту и рекламой.

(4) **Маркировка.** Потребителям необходима точная, стандартизированная и всеобъемлющая информация о составе продуктов питания, на основе которой они могли бы сделать более полезный для здоровья выбор. Правительства могут требовать предоставления информации об основных питательных характеристиках, как это предлагается в Руководстве Кодекса по маркировке пищевой продукции¹.

(5) **Утверждения о воздействии на здоровье.** По мере роста интереса потребителей к сохранению и укреплению своего здоровья и все большего внимания к медико-санитарным аспектам пищевых продуктов производители все чаще говорят о влиянии их продукции на здоровье. Такие заявления не должны вводить общественность в заблуждение в отношении преимуществ тех или иных продуктов питания или связанных с ними рисков.

41. **Национальная политика в области продовольствия и сельского хозяйства должна соответствовать задаче защиты и укрепления здоровья населения.** В случаях, когда это необходимо, правительствам следует рассмотреть вопрос о политике, содействующей принятию здорового режима питания. Политика в области продовольствия и питания должна охватывать такие вопросы, как питание, безопасность пищевых продуктов и стабильность поставок продовольствия. Правительствам следует также рассмотреть вопрос о политике в области продуктов и сельскохозяйственной политике с учетом их возможного воздействия на продукты питания.

(1) **Содействие производству и употреблению более полезных для здоровья продуктов.** С ростом заинтересованности потребителей в здоровье, а правительств – в

¹ Комиссия по Кодекс алиментариус, документ CAC/GL 2-1985, Rev. 1-1993.

здоровом питании некоторые правительства принимали различные меры, включая рыночные стимулы, для содействия разработке, производству и маркетингу более здоровых продуктов, которые содействуют здоровому режиму питания, а также национальным и международным рекомендациям в отношении диеты. Правительства могли бы изучить целесообразность принятия дополнительных мер для поощрения снижения содержания соли в переработанных пищевых продуктах, мер для ограничения гидрогенизации жидких масел и разработки методов снижения избыточного содержания сахара в напитках и закусках.

(2) **Фискальная политика.** Цена отражает производственные затраты и влияет на выбор потребителя. Государственная политика может воздействовать на цены посредством налогообложения, субсидий или непосредственного ценообразования таким образом, который будет поощрять здоровое питание и физическую активность на протяжении всей жизни. Некоторые страны используют фискальные меры, включая налогообложение, для обеспечения наличия и доступности различных пищевых продуктов; другие используют налоги для увеличения или снижения потребления продовольствия; и некоторые используют государственные средства и субсидии для содействия доступу членов бедных общин к спортивным сооружениям и другим средствам для отдыха. Оценка таких мер должна включать оценку риска непреднамеренного воздействия на уязвимые группы населения.

(3) **Продовольственные программы.** Во многих странах имеются программы, цель которых обеспечивать продовольствием группы населения с особыми потребностями, или обеспечить денежные перечисления семьям, чтобы они могли улучшить закупки продуктов. Такие программы зачастую ориентированы на детей, многодетные семьи, бедных, лиц с ВИЧ/СПИДом и другими болезнями. Особое внимание следует уделять качеству пищевых продуктов и просвещению по вопросам питания в качестве важнейшего компонента этих программ, с тем чтобы предоставляемое бесплатно или приобретаемое семьями продовольствие обеспечивало не только энергию, но и способствовало сбалансированному и здоровому режиму питания. Программы предоставления продовольствия или субсидирования его приобретения должны быть, в первую очередь, ориентированы на предоставление людям реальных возможностей распоряжаться своей судьбой, а также на развитие, местное производство и обеспечение устойчивости.

(4) **Сельскохозяйственная политика.** Сельскохозяйственная политика и производство зачастую оказывают воздействие на то, как питаются люди в данной стране. Правительства могут воздействовать на сельскохозяйственное производство посредством различных политических мер. По мере того, как акцент на здоровье усиливается и меняются структуры потребления, государствам-членам потребуется учитывать ориентацию на здоровое питание в своей сельскохозяйственной политике.

42. **Для содействия физической активности необходима многосекторальная политика.** Национальная политика для развития и содействия физической активности должна быть направлена на достижение изменений в ряде секторов. Правительствам следует пересматривать национальную политику в области физической активности, чтобы обеспечивать ее соответствие наилучшей практике в использовании популяционных подходов к увеличению физической активности.

(1) **Определение и обзор общественной политики.** Правительства стран и органы самоуправления на местах должны определить соответствующую политику и содействовать тому, чтобы прогулки пешком, езда на велосипеде и другие формы физической активности были общедоступными и безопасными; транспортная политика должна предусматривать немоторизированные виды транспортных средств; политика на производстве и рабочих местах должна содействовать физической активности; а спортивные сооружения и места массового отдыха должны стать воплощением принципа "массового спорта". Общественная политика и законодательство должны воздействовать на условия, способствующие развитию физической активности в сфере транспорта, городского планирования, просвещения, трудовой активности, социальных мер и в вопросах финансирования медико-санитарных мероприятий.

(2) **Участие общины и благоприятная окружающая среда.** Разработка и осуществление стратегий в целях изменения социальных норм и расширения понимания и признания общинами необходимости повседневного занятия каким-либо видом физической активности. Окружающая среда должна содействовать созданию физической и вспомогательной инфраструктуры для расширения доступа к использованию соответствующих условий.

(3) **Партнерства.** Министерством здравоохранения следует взять на себя руководящую роль в формировании партнерских связей с основными учреждениями, чтобы сформулировать вместе с ними общую повестку дня и план работы по содействию физической активности.

(4) **Целенаправленные обращения к общественности.** Простые, четкие обращения должны направляться общественности в отношении качества и количества необходимых физических упражнений для обеспечения необходимой пользы для здоровья.

43. **Школьная политика должна обеспечивать поддержку здорового рациона питания и физической активности.** Школа влияет на жизнь большинства детей во всех странах. Она должна охранять здоровье детей, обеспечивая медико-санитарную информацию, обучая санитарной грамоте и способствуя здоровому рациону питания и физической активности, а также другим типам здорового поведения. Школа должна ежедневно обеспечивать физическое воспитание и располагать соответствующими условиями и оборудованием. Политика должна служить поддержкой здоровому рациону питания в школе и ограничивать доступность продуктов с высоким содержанием соли, сахара и жиров. Школьная администрация, вместе с другими ответственными органами, должна рассмотреть возможность заключения контрактов с местными производителями продовольствия на поставки продуктов для школьных завтраков, чтобы обеспечить местный рынок для здоровых пищевых продуктов.

44. **Правительства должны организовывать политические консультации с партнерами.** Чтобы государственная политика получила признание и эффективно осуществлялась, необходимы широкое общественное обсуждение и привлечение населения. В этих целях государствам-членам следует создать механизмы для обеспечения участия неправительственных организаций, гражданского общества, общин, частного сектора и средств массовой информации в мероприятиях по рациону питания, физической активности и здоровью. На министерства здравоохранения следует возложить ответственность за создание таких механизмов в целях укрепления межсекторального сотрудничества на национальном, областном и местном уровнях и поощрение участия населения, что должно стать частью процесса планирования на уровне общины.

45. **Профилактика в качестве важнейшей составляющей медико-санитарных служб.** Обычные контакты с сотрудниками медико-санитарных служб должны включать практические советы пациентам и семьям в отношении пользы здоровых рационов питания и повышения уровней физической активности с одновременным оказанием поддержки пациентам в поддержании здоровых форм поведения. Правительствам следует рассмотреть вопрос о введении стимулов для поощрения профилактических служб и определения возможностей для профилактики в рамках существующих клинических служб, включая вопросы улучшения финансовой структуры в целях поощрения работников здравоохранения к тому, чтобы они уделяли больше времени профилактике.

(1) **Медико-санитарные и другие службы.** Медико-санитарные службы, особенно первичная медико-санитарная помощь, но также и другие службы (например, социальные) могут сыграть важную роль в профилактике. Регулярное изучение основных привычек в отношении питания и физической активности, в сочетании с простым консультированием на протяжении всей жизни, может охватить значительную часть населения и оказаться эффективным с точки зрения затрат мероприятием. Внимание будет уделяться ВОЗ разрабатываемым новым стандартам роста детей грудного и дошкольного возраста, которые позволят распространить определение здоровья за пределы отсутствия явной болезни, и включают использование здоровой практики и форм поведения. Изменение ключевых биологических факторов риска, например давления крови, холестерина в сыворотке и веса, в сочетании с просвещением населения и консультированием пациентов, способствуют внедрению необходимых изменений. Выявление конкретных групп, подверженных высокому риску, и определение мер для удовлетворения их потребностей, включая возможные фармакологические меры, являются важными компонентами. Ключевыми факторами для осуществления этих мер являются: подготовка работников здравоохранения, наличие соответствующих руководств и возможные стимулы.

(2) **Привлечение профессиональных организаций работников здравоохранения и потребителей.** Стимуляция мощной поддержки со стороны специалистов, потребителей и населения является эффективным с точки зрения затрат способом расширения информированности общественности о правительственной политике и повышения ее эффективности.

46. **Правительства должны обеспечивать инвестиции в надзор, научные исследования и оценку.** Долгосрочный и непрерывный мониторинг основных факторов риска и их реагирование на изменения в политике и стратегии также очень важны. С течением времени данные такого рода становятся основой для анализа изменений факторов риска, что может приводить к изменению политики и стратегий. Правительства могут использовать уже существующие на национальном, либо на региональном уровне системы. Вначале акцент следует делать на стандартных измерениях физической активности, выборочных компонентах рациона питания и весе тела для сопоставления данных на глобальном уровне. Данные, которые дают возможность судить о структурах и изменениях в рамках одной страны, полезны в качестве ориентиров для деятельности на уровне общины. Там, где возможно, следует использовать другие источники данных, например из таких секторов, как транспорт, сельское хозяйство и другие.

(1) **Мониторинг и надзор.** Мониторинг и надзор представляют собой важные средства для разработки и осуществления национальной политики в области рациона питания и физической активности. Мониторинг рациона питания, видов физической

активности и взаимодействия между ними; связанных с питанием биологических факторов риска и состава пищевых продуктов; передача полученной информации общественности представляют собой важную составляющую в осуществлении национальной политики. Особое значение имеет разработка методов и процедур с использованием стандартизированных данных и минимальный стандартный набор необходимых показателей.

(2) **Исследования и оценка.** Следует всячески развивать прикладные исследования, особенно в рамках показательных проектов на базе общины и при оценке различных мероприятий и политических курсов. Такие исследования (например, о причинах отсутствия физической активности и плохом рационе питания, являющихся ключевыми детерминантами эффективных программ вмешательства), в сочетании с более широким привлечением специалистов в области бихевиоральных наук, позволят улучшить информационную базу для политики и ее разработчиков и обеспечить накопление знаний и опыта на национальном и местном уровнях. Столь же важно создать эффективные механизмы оценки действенности и рентабельности программ профилактики неинфекционных болезней, а также воздействия политических курсов других секторов на здоровье. Необходимо больше информации, особенно о положении в развивающихся странах, где создание программ в отношении здорового режима питания и физической активности должно быть оценено и интегрировано в более широкие программы развития и искоренения бедности.

47. **Институциональный потенциал.** Под общим руководством министерства здравоохранения в осуществлении национальных программ в области рациона питания и физической активности важную роль играют различные национальные учреждения, занимающиеся вопросами общественного здравоохранения, питания и физической активности. Они могут предоставить необходимые знания и опыт, обеспечивать мониторинг деятельности, содействовать координации мероприятий, участвовать в международном сотрудничестве и обеспечивать консультации тем, кто отвечает за принятие политических решений.

48. **Финансирование национальных программ.** Для содействия в осуществлении стратегии необходимо изыскивать другие источники финансирования в дополнение к национальному бюджету. В принятой Организацией Объединенных Наций Декларации тысячелетия (сентябрь 2000 г.) признается, что экономический рост будет ограниченным, если люди нездоровы. Наиболее эффективными с точки зрения затрат мерами по сдерживанию эпидемии неинфекционных болезней являются профилактика и акцент на факторы риска, связанные с этими болезнями. Программы по содействию здоровому рациону питания и физической активности следует рассматривать как необходимое условие развития, и они должны получать политическую и финансовую поддержку в рамках национальных планов развития.

ВОЗ

49. ВОЗ, в сотрудничестве с другими учреждениями системы Организации Объединенных Наций, обеспечит лидерство, рекомендации, основанные на фактических данных, и пропаганду в целях международной деятельности по улучшению рационов питания и повышению уровня физической активности в соответствии с руководящими принципами и конкретными рекомендациями, содержащимися в этой стратегии.

50. Организация будет вести дискуссии с транснациональными предприятиями пищевой промышленности и другими компонентами частного сектора для оказания поддержки достижению целей данной глобальной стратегии и осуществлению рекомендаций в странах.

51. ВОЗ будет оказывать поддержку осуществлению программ по просьбам государств-членов и концентрировать внимание на широких взаимосвязанных областях, перечисленных ниже:

- **содействие в определении, укреплении и обновлении региональной и национальной политики** в области рациона питания и физической активности в целях комплексной профилактики неинфекционных болезней
- **содействие разработке, обновлению и осуществлению составленных с учетом продовольственной базы национальных руководств по рациону питания и физической активности** в сотрудничестве с национальными учреждениями и с использованием глобальных знаний и опыта
- **оказание консультативной помощи государствам-членам в подготовке руководящих принципов, норм, стандартов и в других связанных с политикой мероприятиях**, которые соответствуют задачам Глобальной стратегии
- **выявление и распространение информации о мероприятиях, основанных на фактических данных, политике и структурах**, которые эффективны в оптимизации уровня физической активности и содействии здоровому рациону питания в странах и общинах
- **оказание соответствующей технической поддержки** для создания национального потенциала по планированию и осуществлению национальной стратегии и адаптации ее к местным условиям
- **обеспечение моделей и методов**, позволяющих проводить мероприятия в области рациона питания и физической активности в качестве неотъемлемого компонента медико-санитарной помощи
- **развитие и укрепление подготовки работников здравоохранения по таким вопросам, как здоровый рацион питания и активная жизнь**, либо в рамках существующих программ, либо посредством специальных семинаров в качестве ключевых компонентов учебных программ
- **предоставление консультаций и оказание поддержки государствам-членам с использованием стандартизированных методов надзора и средств быстрой оценки** (например, практикуемый ВОЗ поэтапный подход STEPwise к надзору за факторами риска неинфекционных болезней) для определения изменений в популяционном распределении риска, включая режимы и рационы питания и степень физической активности, с тем чтобы провести оценку нынешней ситуации, тенденций и воздействия принимаемых мер. ВОЗ, в сотрудничестве с ФАО, будет оказывать государствам-членам поддержку в создании национальных систем надзора за питанием при обеспечении связи с данными по составу пищевых продуктов
- **предоставление государствам-членам консультаций по способам конструктивной работы с соответствующими отраслями промышленности.**

52. ВОЗ, в тесном сотрудничестве с учреждениями системы Организации Объединенных Наций и другими межправительственными организациями (такими, как ФАО, ЮНЕСКО, ЮНИСЕФ, Университет Организации Объединенных Наций и другие), научными учреждениями и другими партнерами будет стимулировать и поддерживать исследования в приоритетных областях для содействия осуществлению программ и их оценке. Это предполагает заказ научных докладов, проведение анализа и организацию технических совещаний по приоритетным, имеющим практическое значение темам исследований, которые важны для эффективных действий на уровне стран. В качестве информационной поддержки для процесса принятия решений следует в большей мере использовать фактические данные, включая результаты оценки воздействия на здоровье, анализ соотношения затрат и выгод, исследования национального бремени болезней, модели уже проводимых мероприятий, заключения научных консультаций и опыт распространения надлежащей практики.

53. ВОЗ будет работать с ФАО и другими учреждениями системы Организации Объединенных Наций, Всемирным банком и научными учреждениями по оценке воздействия данной стратегии на другие секторы.

54. Организация продолжит работу с сотрудничающими центрами ВОЗ по созданию сетей научных исследований и подготовки кадров, мобилизации ресурсов неправительственных организаций и гражданского сообщества и будет способствовать координированным сотрудническим исследованиям, актуальным для удовлетворения потребностей развивающихся стран, в плане осуществления данной стратегии.

Международные партнеры

55. В достижении целей и задач глобальной стратегии, особенно в отношении вопросов транснационального характера, или там, где действий одной страны недостаточно, важнейшую роль играют международные партнеры. Необходима координация работы с системой Организации Объединенных Наций, межправительственными и неправительственными организациями, профессиональными ассоциациями, научно-исследовательскими институтами и частным сектором.

56. В результате процесса разработки стратегии будет развиваться более тесное сотрудничество с другими организациями и органами системы Организации Объединенных Наций, например ФАО, ЮНИСЕФ, а также с другими партнерами, включая Всемирный банк. При осуществлении стратегии ВОЗ будет укреплять свое долгосрочное сотрудничество с ФАО. ФАО играет особую роль в разработке сельскохозяйственной политики и может сыграть важную роль в осуществлении стратегии. Таким образом, потребуются проведение большего числа исследований в области поставок, наличия, переработки и потребления продовольствия.

57. Планируется также сотрудничество с такими организациями, как Экономический и Социальный Совет Организации Объединенных Наций, МОТ, ЮНЕСКО, ВТО, региональные банки развития и Университет Организации Объединенных Наций. ВОЗ будет сотрудничать с соответствующими международными учреждениями в установлении и укреплении партнерских связей, включая глобальные и региональные сети, в соответствии с целью и задачами данной стратегии, а также для распространения информации, обмена опытом и оказания поддержки региональным и национальным инициативам. ВОЗ намерена учредить специальный комитет заинтересованных партнеров из системы Организации Объединенных Наций для постоянного обеспечения последовательности политики и использования относительных преимуществ каждой организации. Партнеры могут сыграть важную роль в

глобальной сети, перед которой поставлены такие задачи, как пропаганда, мобилизация ресурсов, наращивание потенциала и совместные исследования.

58. Международные партнеры могут участвовать в осуществлении глобальной стратегии на основе:

- разработки всеобъемлющих межсекторальных глобальных стратегий в области рациона питания, физической активности, например за счет включения содействия здоровому рациону питания в программы по облегчению бремени нищеты
- использования руководств по предупреждению нутриционных дефицитов для интеграции и согласования будущих рекомендаций по рациону питания и политике в целях профилактики неинфекционных болезней и борьбы с ними
- содействия разработке национальных руководств по рациону питания и по физической активности в сотрудничестве с национальными учреждениями
- сотрудничества в разработке, испытании и распространении моделей укрепления общин, включая местных производителей, в развитии просвещения по вопросам питания и физической активности и повышении информированности потребителей
- содействия включению политики по профилактике неинфекционных болезней и укреплению здоровья, связанной с рационом питания и физической активностью, в политику и программы развития
- содействия основанным на стимулах подходам в целях поощрения профилактики хронических болезней и борьбы с ними.

59. **Международные нормы.** Усилия в рамках общественного здравоохранения можно укрепить за счет использования международных норм и стандартов, особенно разработанных Комиссией по Кодекс алиментариус¹. Области для дальнейшей работы включают: маркировку, позволяющую лучше информировать потребителей о пользе и составе пищевых продуктов; сведение к минимуму нездорового воздействия маркетинга на рационы питания; повышение качества и увеличение объема информации о здоровых структурах потребления, включая меры для расширения доступа к фруктам и овощам; стандарты производства и переработки в отношении питательных качеств и безопасности продуктов. При этом следует поощрять участие в этом правительств и неправительственных организаций, как то предусмотрено Кодексом.

Гражданское общество и неправительственные организации

60. Гражданское общество и неправительственные организации могут сыграть важную роль, оказывая воздействие на индивидуальное поведение и на организации и учреждения, которые влияют на рацион питания и физическую активность. Они могут также содействовать тому, чтобы потребители требовали от правительства поддержки здорового образа жизни и чтобы промышленность поставляла полезные для здоровья продукты. Неправительственные организации могут оказать эффективную поддержку стратегии, если будут сотрудничать с национальными и международными партнерами. Гражданское общество и неправительственные организации, в частности, могут:

¹ См. резолюцию WHA56.23.

- проводить мобилизацию на низовом уровне и выступать за то, чтобы вопрос о здоровых рационах питания и физической активности включался в общественную повестку дня
- оказывать поддержку широкому распространению информации о том, как предупреждать неинфекционные болезни посредством сбалансированных здоровых рационов питания и физической активности
- формировать сети и группы действий, которые будут способствовать обеспечению наличия полезных для здоровья пищевых продуктов и возможностей для физической активности и выступать за программы укрепления здоровья и кампании санитарного просвещения и поддерживать их
- организовывать кампании и мероприятия, которые будут побуждать к действиям
- особо указывать на роль правительства в укреплении здоровья населения, в содействии здоровому питанию и физической активности; проводить мониторинг работы по достижению этих задач, а также следить за работой других участников процесса, например частного сектора
- содействовать в осуществлении активной роли по выполнению Глобальной стратегии
- применять знания и фактические данные на практике.

Частный сектор

61. Частный сектор может играть важную роль в содействии здоровым рационам питания и физической активности. Предприятия пищевой промышленности, оптовые базы, компании по производству и сбыту спортивных товаров, предприятия общественного питания, компании, занимающиеся рекламой и организацией отдыха, страховые и банковские группы, фармацевтические компании и средства массовой информации могут сыграть важную роль в качестве ответственных работодателей и пропагандистов здорового образа жизни. Все они могут стать партнерами правительств и неправительственных организаций в осуществлении мер, направленных на распространение позитивной и последовательной информации в целях стимуляции и поддержки всесторонних усилий по поощрению здорового питания и физической активности. Поскольку многие компании работают в глобальном масштабе, очень важно международное сотрудничество. Сотруднические отношения с промышленностью уже привели ко многим положительным результатам в отношении рациона питания и физической активности. Инициативы пищевой промышленности по изменению содержания жиров, сахара и соли в переработанных пищевых продуктах и по пересмотру многих нынешних приемов маркетинга могли бы содействовать достижениям в плане укрепления здоровья во всем мире. Конкретные рекомендации для промышленности по производству продуктов питания и товаров для занятий спортом включают следующее:

- содействие здоровым рационам питания и физической активности в соответствии с национальными руководствами и международными стандартами, а также общими целями данной глобальной стратегии
- ограничение уровней содержания насыщенных жиров, *трансжирных* кислот, свободных сахаров и соли в существующих продуктах

- дальнейшая разработка и обеспечение для потребителей возможности выбора доступных по цене, полезных для здоровья и питательных продуктов
- рассмотрение вопроса о внедрении новых продуктов с более полезными для здоровья качествами
- предоставление потребителям адекватной информации о продуктах и питании
- соблюдение ответственной практики маркетинга, которая поддерживает стратегию, в частности в отношении рекламы и сбыта продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, *трансжирных* кислот, свободных сахаров или соли, особенно для детей младшего возраста
- проведение простой, четкой и последовательной практики маркировки пищевых продуктов и использование основанных на фактических данных утверждений в отношении пользы для здоровья, с тем чтобы помогать потребителям принимать обоснованные и полезные для здоровья решения в отношении питательных составляющих пищевых продуктов
- предоставление национальным органам информации о составе пищевых продуктов
- оказание помощи в разработке и осуществлении программ физической активности.

62. Обстановку на рабочих местах можно вполне использовать для укрепления здоровья и профилактики болезней. Люди должны иметь возможность осуществлять здоровый выбор на рабочем месте, чтобы сократить степень воздействия риска. Кроме того, издержки работодателей, связанные с заболеваемостью неинфекционными болезнями, быстро возрастают. На рабочих местах необходимо обеспечить возможность выбора здоровой пищи в столовых и всячески поощрять и поддерживать физическую активность.

ДАЛЬНЕЙШАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

63. ВОЗ представит отчет о ходе осуществления Глобальной стратегии и национальных стратегий, включая следующие аспекты:

- характер и тенденции рационов питания и физической активности и основных связанных с рационом питания и физической активностью факторов риска неинфекционных болезней
- оценку эффективности программ и политики по улучшению рационов питания и увеличению физической активности
- информацию о препятствиях на пути к осуществлению стратегии и о мерах, принимаемых для их преодоления
- информацию о законодательных, исполнительных, административных, финансовых или других мерах, принимаемых в рамках данной стратегии.

64. ВОЗ будет работать на глобальном и региональном уровнях по внедрению и развитию системы мониторинга и использованию соответствующих показателей по рационам питания и физической активности.

ВЫВОДЫ

65. С помощью и под руководством ВОЗ необходимо осуществлять действия, основанные на научных данных и на культурном контексте, и проводить их мониторинг. Тем не менее, для устойчивого продвижения вперед важен истинно многосекторальный подход с мобилизацией ресурсов и знаний всех участников во всем мире и при объединении их усилий.

66. Изменения в характере рационов питания и физической активности будут постепенными, и в национальных стратегиях необходимо предусмотреть четкий план долгосрочных устойчивых мер профилактики. Однако изменения в факторах риска и показателях распространенности неинфекционных болезней могут происходить достаточно быстро, когда принимаются эффективные меры. Поэтому в национальных планах должны также указываться практически достижимые задачи на краткосрочный и промежуточный периоды.

67. Осуществление этой стратегии всеми ее участниками может привести к одному из наиболее важных и позитивных сдвигов в здоровье населения.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г. –
Комитет А, третий доклад)

WHA57.18 Трансплантация человеческих органов и тканей

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

Напоминая резолюции WHA40.13, WHA42.5 и WHA44.25 о торговле органами и трансплантации органов¹;

рассмотрев доклад о трансплантации человеческих органов и тканей,

отмечая увеличение во всем мире аллогенной трансплантации клеток, тканей и органов;

обеспокоенная все большей нехваткой имеющегося человеческого материала для трансплантации для удовлетворения потребностей пациентов;

осознавая этические риски и риски, связанные с безопасностью, возникающие при трансплантации аллогенных органов, тканей и клеток, а также необходимость уделять особое внимание рискам, связанным с незаконной торговлей органами;

признавая, что живые ксеногенные клетки, ткани или органы, а также жидкости, клетки, ткани или органы человека, которые имели контакт *ex vivo* с такими живыми ксеногенными материалами, могут использоваться на людях в тех случаях, когда отсутствует подходящий человеческий материал;

памятуя о риске, связанном с ксеногенной трансплантацией, передачей известных или пока еще нераспознанных ксеногенных инфекционных агентов от животных человеку и от реципиентов ксеногенных трансплантатов своему ближайшему окружению и обществу в целом;

признавая, что трансплантация включает в себя не только медицинские, но и юридические и этические аспекты, и затрагивает экономические и психологические вопросы,

¹ Документ A57/17.

I

Аллогенная трансплантация

1. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

- (1) осуществлять эффективный национальный контроль за процессами поставки, обработки и трансплантации клеток, тканей и органов человека, включая обеспечение подотчетности за человеческий материал для трансплантации, и возможность его прослеживания;
- (2) сотрудничать при формулировании рекомендаций и руководящих принципов для согласования во всем мире практики в области поставки, обработки и трансплантации клеток, тканей и органов человека, включая разработку минимальных критериев пригодности доноров тканей и клеток;
- (3) рассмотреть возможность создания комиссий по этике в целях обеспечения соблюдения этических норм трансплантации клеток, тканей и органов;
- (4) расширить, при возможности, использование практики предоставления почек живыми донорами, в дополнение к предоставлению их от скончавшихся доноров;
- (5) принимать меры по защите беднейших и уязвимых групп от "трансплантационного туризма" и продажи тканей и органов, в том числе уделять внимание более широкой проблеме международной незаконной торговли тканями и органами человека;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

- (1) продолжить изучение и сбор данных во всем мире о практике, безопасности, качестве, эффективности и эпидемиологии аллогенной трансплантации, а также по вопросам этики, включая предоставление трансплантата живым донором, с тем чтобы внести коррективы в Руководящие принципы по трансплантации органов человека¹;
- (2) оказывать содействие международному сотрудничеству, с тем чтобы расширить доступ граждан к этим терапевтическим процедурам;
- (3) оказывать, в ответ на просьбы государств-членов, техническую поддержку в целях развития соответствующей трансплантации клеток, тканей или органов, в частности посредством содействия международному сотрудничеству;
- (4) оказывать поддержку государствам членам в их стремлении предотвратить незаконную торговлю органами, включая разработку руководящих принципов по защите беднейших и уязвимых групп, с тем чтобы они не стали жертвами незаконной торговли органами;

¹ Документ WHA44/1991/REC/1, Приложение 6.

II

Ксеногенная трансплантация

1. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) разрешать ксеногенную трансплантацию только в том случае, если существуют эффективные национальные механизмы нормативного регулирования и надзора, контролируемые национальными органами здравоохранения;

(2) сотрудничать в разработке рекомендаций и руководящих принципов в целях гармонизации практики во всем мире, включая защитные меры, соответствующие принятым в международном плане научным стандартам, для предупреждения риска потенциальной вторичной передачи любого ксеногенного инфекционного агента, который может инфицировать реципиентов ксеногенных трансплантатов или ближайшее окружение реципиентов, в особенности за пределами национальных границ;

(3) поддерживать международное сотрудничество и координацию в целях предупреждения и эпиднадзора за инфекциями, возникающими в результате ксеногенной трансплантации;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) содействовать связи и международному сотрудничеству органов здравоохранения в государствах-членах по вопросам, касающимся ксеногенной трансплантации;

(2) проводить сбор глобальных данных для оценки различных видов практики ксеногенной трансплантации;

(3) информировать в порядке упреждения государства-члены о случаях инфекции ксеногенного происхождения, обусловленной ксеногенной трансплантацией;

(4) в ответ на просьбы государств-членов оказывать техническую поддержку в укреплении потенциала и опыта в области ксеногенной трансплантации, включая разработку политики и обеспечение контроля со стороны национальных органов регулирования;

(5) представить в соответствующее время доклад об осуществлении этой резолюции Ассамблее здравоохранения через Исполнительный комитет.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г. –
Комитет А, третий доклад)

WHA57.19 Международная миграция медико-санитарного персонала: угроза системам здравоохранения в развивающихся странах

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

напоминая резолюцию Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 2417 (XXIII) от 17 декабря 1968 г.;

напоминая резолюцию Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 58/208 о международной миграции и развитии и содержащееся в ней решение о том, что в

2006 г. Генеральная Ассамблея посвятит диалог высокого уровня вопросу международной миграции и развития;

напоминая также резолюции WHA22.51 (1969 г.) и WHA25.42 (1972 г.);

отмечая, что Африканский союз провозгласил 2004 г. "Годом развития людских ресурсов в Африке";

принимая к сведению Свод практики стран Содружества по международному набору работников здравоохранения, который был принят на совещании министров здравоохранения стран Содружества (Женева, 18 мая 2003 г.);

отмечая проводящуюся работу по международной миграции трудящихся в Международной организации по миграции, Глобальной комиссии по международной миграции и других международных органах;

признавая значение людских ресурсов в укреплении систем здравоохранения и в успешном осуществлении международно согласованных целей, содержащихся в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций;

с беспокойством отмечая, что хорошо подготовленный высококвалифицированный персонал здравоохранения из развивающихся стран продолжает эмигрировать все более быстрыми темпами в некоторые страны, что ослабляет системы здравоохранения стран происхождения такого персонала;

осознавая работу, предпринимаемую в организациях системы Организации Объединенных Наций и в других международных организациях в целях укрепления потенциала правительств управлять потоками миграции на национальном и региональном уровнях, и необходимость дальнейших действий для решения – как на национальном, так и на международном уровнях в качестве неотъемлемой части общесекторальных подходов и других планов развития – вопроса миграции квалифицированного персонала здравоохранения;

отмечая далее, что многие развивающиеся страны еще не имеют технических возможностей для надлежащей оценки масштабов и характеристик оттока их персонала здравоохранения;

признавая значительные усилия и инвестиции, вкладываемые развивающимися странами в подготовку и развитие людских ресурсов для здравоохранения;

признавая далее усилия, предпринимаемые для обращения вспять миграции персонала здравоохранения из развивающихся стран, и осознавая необходимость активизации этих усилий;

будучи обеспокоена тем, что ВИЧ/СПИД, туберкулез, малярия и другие такие инфекционные болезни накладывают дополнительное бремя на трудовые ресурсы в области здравоохранения;

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) разработать стратегии для смягчения неблагоприятных последствий миграции персонала здравоохранения и сведения к минимуму ее отрицательного воздействия на системы здравоохранения;

(2) разработать и осуществить политику и стратегии, которые способствуют сохранению персонала здравоохранения, включая укрепление людских ресурсов в целях планирования и управления здравоохранением, но не ограничиваясь этим, и пересмотр ставок заработной платы, а также осуществление систем стимулирования;

(3) использовать межправительственные соглашения для создания программ обмена персоналом здравоохранения в качестве механизма для борьбы с его миграцией;

(4) создать механизмы для смягчения неблагоприятного воздействия на развивающиеся страны утраты персонала здравоохранения в результате миграции, включая средства для принимающих стран, на оказание помощи укреплению медико-санитарных систем, в частности развитию людских ресурсов в странах происхождения такого персонала;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) в сотрудничестве с соответствующими странами, учреждениями или организациями создать и обеспечить функционирование систем информации, которые позволят соответствующим международным органам проводить независимый мониторинг передвижения людских ресурсов в области здравоохранения;

(2) в сотрудничестве с международными организациями в рамках их соответствующих мандатов, включая Всемирную торговую организацию, проводить исследования по международной миграции персонала здравоохранения, в том числе в отношении торговых соглашений и денежных перечислений, с тем чтобы определить любые неблагоприятные последствия и возможные альтернативы для борьбы с ними;

(3) изучить возможность принятия дополнительных мер, которые могли бы способствовать выработке справедливой практики в международном наборе персонала здравоохранения, включая осуществимость, затраты и целесообразность международного документа;

(4) оказывать поддержку государствам-членам в целях укрепления их механизмов и процессов планирования, с тем чтобы обеспечить адекватную подготовку персонала для удовлетворения их потребностей;

(5) в консультации с государствами-членами и всеми соответствующими партнерами, включая учреждения, занимающиеся вопросами развития, разработать свод практики¹ по международному набору персонала здравоохранения, особенно из развивающихся стран, и представить доклад о ходе работы Пятьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения;

(6) оказывать поддержку усилиям стран посредством содействия диалогу и расширения понимания проблемы на самом высоком национальном и международном уровнях, а также между заинтересованными сторонами в отношении миграции персонала здравоохранения и ее последствий, включая рассмотрение форм компенсации принимающими странами утраты работников здравоохранения, например в виде инвестиций в подготовку персонала здравоохранения;

(7) в сотрудничестве с государствами-членами мобилизовать все соответствующие программные области в рамках ВОЗ, с тем чтобы повысить потенциал людских ресурсов,

¹ Подразумевается, что в рамках системы Организации Объединенных Наций выражение "свод практики" касается документов, не предусматривающих юридических обязательств.

а также увеличить медико-санитарную поддержку развивающимся странам путем создания соответствующих механизмов;

(8) провести консультации с Организацией Объединенных Наций и ее специализированными учреждениями в отношении возможности провозглашения года или десятилетия "Людских ресурсов в интересах развития здравоохранения";

(9) объявить темой Всемирного дня здоровья 2006 г. "Людские ресурсы в интересах развития здравоохранения";

(10) включить тему людских ресурсов в интересах развития здравоохранения в качестве первоочередной программной области в Общую программу работы ВОЗ на 2006-2015 гг.;

(11) представить доклад о выполнении настоящей резолюции Пятьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г. –
Комитет А, третий доклад)

РЕШЕНИЯ

WHA57(1) Состав Комитета по проверке полномочий

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения назначила Комитет по проверке полномочий в составе делегатов следующих 12 государств-членов: Австрия, Белиз, Канада, Джибути, Гамбия, Индия, Италия, Кения, Мали, Мьянма, Папуа-Новая Гвинея, Узбекистан.

(Первое пленарное заседание, 17 мая 2004 г.)

WHA57(2) Состав Комитета по выдвижению кандидатур

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения избрала Комитет по выдвижению кандидатур в составе следующих государств-членов: Бахрейн, Бруней-Даруссалам, Буркина-Фасо, Китай (Народная Республика), Демократическая Республика Конго, Эритрея, Эстония, Франция, Гайана, Израиль, Мексика, Микронезия (Федеративные Штаты), Монако, Мозамбик, Никарагуа, Перу, Российская Федерация, Шри-Ланка, Свазиленд, Таиланд, Тунис, Уганда, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Уругвай, а также д-ра Khandaker Mosharraf Hossain, Бангладеш (Председатель Пятьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, ex officio).

(Первое пленарное заседание, 17 мая 2004 г.)

WHA57(3) Выборы должностных лиц Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения после рассмотрения рекомендаций Комитета по выдвижению кандидатур избрала следующих должностных лиц:

Председатель:	г-н Muhammad Nasir Khan (Пакистан)
Заместители Председателя:	д-р М.Е. Tshabalala-Msimang (Южная Африка) г-жа А. David-Antoine (Гренада) г-н S. Bogoev (Болгария) д-р R. Maria de Araujo (Тимор-Лешти) д-р Chua Soi Lek (Малайзия)

(Первое пленарное заседание, 17 мая 2004 г.)

WHA57(4) Выборы должностных лиц главных комитетов

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения после рассмотрения рекомендаций Комитета по выдвижению кандидатур избрала следующих должностных лиц главных комитетов:

Комитет А:	Председатель	д-р Ponmek Dalaloy (Лаосская Народно-Демократическая Республика)
Комитет В:	Председатель	д-р Jigmi Singay (Бутан)

(Первое пленарное заседание, 17 мая 2004 г.)

После этого главные комитеты избрали следующих должностных лиц:

Комитет А:	Заместители Председателя	д-р D. Slater (Сент-Винсент и Гренадины) г-жа A. Van Bolhuis (Нидерланды)
	Докладчик	профессор M. Mizanur Rahman (Бангладеш)
Комитет В:	Заместители Председателя	профессор N.M. Nali (Центральноафриканская Республика) д-р S. Al Kharabseh (Иордания)
	Докладчик	г-жа Z. Jakab (Венгрия)

(Первые заседания Комитетов А и В, 18 и 20 мая 2004 г.)

WHA57(5) Образование Генерального комитета

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения после рассмотрения рекомендаций Комитета по выдвижению кандидатур избрала делегатов следующих 17 стран в качестве членов Генерального комитета: Ботсвана, Чад, Чили, Китай (Народная Республика), Куба, Франция, Ирландия, Казахстан, Либерия, Ливийская Арабская Джамахирия, Нигер, Нигерия, Российская Федерация, Тринидад и Тобаго, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Соединенные Штаты Америки и Йемен.

(Первое пленарное заседание, 17 мая 2004 г.)

WHA57(6) Утверждение повестки дня

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения утвердила предварительную повестку дня, подготовленную Исполнительным комитетом на его Сто тринадцатой сессии, исключив из нее один пункт и три подпункта и включив один дополнительный пункт.

(Второе пленарное заседание, 17 мая 2004 г.)

WHA57(7) Проверка полномочий

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения признала действительными полномочия следующих делегаций государств-членов: Афганистан; Албания; Алжир; Андорра; Ангола; Антигуа и Барбуда; Аргентина; Армения; Австралия; Австрия; Азербайджан; Багамские Острова; Бахрейн; Бангладеш; Барбадос; Беларусь; Бельгия; Белиз; Бенин; Бутан; Боливия; Босния и Герцеговина; Ботсвана; Бразилия; Бруней-Даруссалам; Болгария; Буркина-Фасо; Бурунди; Камбоджа; Камерун; Канада; Кабо-Верде; Центральноафриканская Республика; Чад; Чили; Китай; Колумбия, Конго; Острова Кука; Коста-Рика; Кот-д'Ивуар; Хорватия; Куба; Кипр; Чешская Республика; Корейская Народно-Демократическая Республика; Демократическая Республика Конго; Дания; Джибути; Доминиканская Республика; Эквадор; Египет; Сальвадор; Экваториальная Гвинея; Эритрея; Эстония; Эфиопия; Фиджи; Финляндия; Франция; Габон; Гамбия; Грузия; Германия; Гана; Греция; Гренада; Гватемала; Гвинея; Гвинея-Биссау; Гайана; Гаити; Гондурас; Венгрия; Исландия; Индия; Индонезия; Иран (Исламская Республика); Ирак, Ирландия; Израиль; Италия; Ямайка; Япония; Иордания; Казахстан; Кения; Кирибати; Кувейт; Кыргызстан; Лаосская Народно-Демократическая Республика; Латвия; Ливан; Лесото; Либерия¹; Ливийская Арабская Джамахирия; Литва; Люксембург; Мадагаскар; Малави; Малайзия; Мальдивские Острова; Мали; Мальта; Маршалловы Острова; Мавритания; Маврикий; Микронезия

¹ Полномочия признаны временно.

(Федеративные Штаты); Мексика; Монако; Монголия; Марокко; Мозамбик; Мьянма; Намибия; Непал; Нидерланды; Новая Зеландия; Никарагуа; Нигер; Нигерия; Норвегия; Оман; Пакистан; Палау; Панама; Папуа-Новая Гвинея; Парагвай; Перу; Филиппины; Польша; Португалия; Катар; Республика Корея; Республика Молдова; Румыния; Российская Федерация; Руанда; Сент-Китс и Невис; Сент-Люсия; Сент-Винсент и Гренадины; Самоа; Сан-Марино; Сан-Томе и Принсипи; Саудовская Аравия; Сенегал; Сербия и Черногория; Сейшельские Острова; Сьерра-Леоне; Сингапур; Словакия; Словения; Соломоновы Острова; Сомали; Южная Африка; Испания; Шри-Ланка; Судан; Свазиленд; Швеция; Швейцария; Сирийская Арабская Республика; Таиланд; бывшая Югославская Республика Македония; Тимор-Лешти; Того; Тонга; Тринидад и Тобаго; Тунис; Турция; Туркменистан; Тувалу; Уганда; Украина; Объединенные Арабские Эмираты; Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии; Объединенная Республика Танзания; Соединенные Штаты Америки; Уругвай; Узбекистан; Венесуэла; Вьетнам; Йемен; Замбия; Зимбабве.

(Четвертое и седьмое пленарные заседания, 19 и 21 мая 2004 г.)

WHA57(8) Выборы государств-членов, которым предоставляется право назначить по одному лицу в состав Исполнительного комитета

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения после рассмотрения рекомендаций Генерального комитета¹ избрала следующие государства-члены, которым предоставляется право назначить по одному лицу в состав Исполнительного комитета: Австралия, Бахрейн, Боливия, Бразилия, Ямайка, Кения, Лесото, Ливийская Арабская Джамахирия, Люксембург, Румыния, Таиланд, Тонга.

(Седьмое пленарное заседание, 21 мая 2004 г.)

WHA57(9) Права интеллектуальной собственности, инновации и общественное здравоохранение

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения постановила просить Генерального директора отложить срок представления окончательного доклада о результатах работы Комиссии по правам интеллектуальной собственности, инновациям и общественному здравоохранению, учрежденной на основании резолюции WHA56.27, до Сто семнадцатой сессии Исполнительного комитета (январь 2006 г.), поскольку для завершения своей работы Комиссии потребуется дополнительное время.

(Седьмое пленарное заседание, 21 мая 2004 г.)

WHA57(10) Ассигнования из бюджета регионам

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения постановила, после рассмотрения доклада об ассигнованиях из регулярного бюджета регионам², и с учетом рекомендаций, содержащихся в пункте 21, просить Генерального директора разработать, в консультации с государствами-членами и регионами, руководящие принципы на основе объективных критериев, подлежащие соблюдению при распределении средств из всех источников с учетом справедливости, эффективности и результативности и при оказании поддержки странам, испытывающим наибольшие нужды, в особенности наименее развитым странам, которые будут рассмотрены Исполнительным комитетом на его Сто пятнадцатой сессии.

¹ Документ A57/38.

² Документ A57/24.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г.)

WHA57(11) Объединенный пенсионный фонд персонала Организации Объединенных Наций: назначение представителей в Комитет Пенсионного фонда персонала ВОЗ

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения назначила д-ра J. Larivière, делегата Канады, членом Комитета Пенсионного фонда персонала ВОЗ, а д-ра А.А. Yoosuf, делегата Мальдивских Островов, заместителем члена этого Комитета, в каждом случае на трехлетний срок исполнения полномочий, а именно до мая 2007 года.

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения также назначила д-ра L. Waqatakirewa, делегата Фиджи, в качестве члена Комитета на оставшийся срок полномочий г-на L. Rokovada, а именно до мая 2005 года.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г.)

WHA57(12) Политика в области взаимоотношений с неправительственными организациями

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения постановила отложить рассмотрение новой политики в области взаимоотношений с неправительственными организациями¹, с тем чтобы дать Генеральному директору время для проведения консультаций со всеми заинтересованными сторонами в целях достижения консенсуса по формулировке соответствующей резолюции, подлежащей представлению на одной из последующих сессий Ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г.)

WHA57(13) Выбор страны, в которой будет проведена Пятьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, в соответствии со статьей 14 Устава, приняла решение о том, что Пятьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения будет проведена в Швейцарии.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г.)

WHA57(14) Доклады Исполнительного комитета о его Сто двенадцатой и Сто тринадцатой сессиях

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения после рассмотрения докладов Исполнительного комитета о его Сто двенадцатой² и Сто тринадцатой³ сессиях приняла к сведению эти доклады, положительно оценила проделанную Исполкомом работу и с признательностью отметила самоотверженность, с которой Исполком выполнял поставленные перед ним задачи.

(Девятое пленарное заседание, 22 мая 2004 г.)

¹ См. документ A57/32.

² Документ EB112/2003/REC/1.

³ Документ EB113/2004/REC/1 и EB113/2004/REC/2.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Соглашение между Международным бюро по эпизоотиям (МБЭ) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ)¹

[A57/28, Приложение – 8 апреля 2004 г.]

Всемирная организация здравоохранения (именуемая далее ВОЗ) и Международное бюро по эпизоотиям (именуемое далее МБЭ), выражая желание координировать свои усилия по содействию и улучшению ветеринарного здравоохранения (ВЗ), продовольственной безопасности и безопасности пищевых продуктов и тесно сотрудничать в этих целях,

согласились о следующем:

Статья 1

- 1.1 ВОЗ и МБЭ соглашаются тесно сотрудничать по вопросам, представляющим общий интерес и относящимся к их соответствующим областям компетенции, определенным их соответствующими уставными документами и решениями их Руководящих органов.

Статья 2

- 2.1 ВОЗ передает соответствующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения и рекомендации соответствующих консультаций ВОЗ, семинаров и других официальных совещаний ВОЗ в МБЭ для цели их распространения членам МБЭ.
- 2.2 МБЭ передает рекомендации и резолюции своего Международного комитета, а также рекомендации соответствующих консультаций, семинаров МБЭ и других официальных совещаний МБЭ в ВОЗ для цели их распространения государствам – членам ВОЗ.
- 2.3 Эти резолюции и рекомендации, направленные для рассмотрения соответствующими органами этих двух Организаций (именуемых далее Сторонами), формируют основу для скоординированных международных действий между этими двумя Сторонами.

Статья 3

- 3.1 Представители ВОЗ приглашаются для участия в совещаниях Международного комитета и региональных конференций МБЭ и для участия без права голоса в обсуждениях этих органов по тем пунктам их повесток дня, которые представляют интерес для ВОЗ.
- 3.2 Представители МБЭ приглашаются для участия в совещаниях Исполнительного комитета, Всемирной ассамблеи здравоохранения и региональных комитетов ВОЗ и для участия без права голоса в обсуждениях этих органов по пунктам их повесток дня, которые представляют интерес для МБЭ.
- 3.3 Соответствующие договоренности устанавливаются посредством соглашения между Генеральным директором ВОЗ и Генеральным директором МБЭ в отношении участия

¹ См. резолюцию WHA57.7.

ВОЗ и МБЭ в других совещаниях незакрытого характера, созываемых под их эгидой, на которых рассматриваются вопросы, представляющие интерес для другой стороны; это особенно относится к совещаниям, на которых определяются нормы и стандарты.

- 3.4 Обе Стороны соглашаются избегать проведения совещаний и конференций по вопросам, представляющим взаимный интерес, без предварительной консультации с другой Стороной.

Статья 4

ВОЗ и МБЭ сотрудничают в областях, представляющих общий интерес, в частности с помощью следующих средств:

- 4.1 Взаимного обмена докладами, публикациями и другой информацией, особенно своевременного обмена информацией о вспышках зоонозных болезней и болезней пищевого происхождения. Специальные соглашения будут заключены между двумя Сторонами для координации действий в ответ на вспышки зоонозных болезней и/или болезней пищевого происхождения, имеющих признанное международное значение для общественного здравоохранения или имеющих потенциал к этому.
- 4.2 Организации как региональных, так и всемирных совещаний и конференций по зоонозам, болезням пищевого происхождения и связанным с ними вопросам, таким как практика кормления животных и антимикробная резистентность, связанная с осторожным использованием антимикробных препаратов в животноводстве, а также политика и программы по их сдерживанию/борьбе с ними.
- 4.3 Совместных разработок, пропаганд и технической поддержки национальных, региональных или глобальных программ борьбы или ликвидации основных зоонозных болезней и болезней пищевого происхождения или возникающих/повторно возникающих проблем, представляющий общий интерес.
- 4.4 Содействия и укрепления, особенно в развивающихся странах, просвещения по вопросам ВЗ, операционализации ВЗ и эффективного сотрудничества между секторами общественного здравоохранения/ветеринарии.
- 4.5 Содействия и координации в международных масштабах исследовательской деятельности по зоонозам, ВЗ и безопасности пищевых продуктов.
- 4.6 Содействия и укрепления сотрудничества между сетью справочных центров и лабораторий МБЭ и сетью сотрудничающих центров и справочных лабораторий ВОЗ в целях консолидации их поддержки государствам – членам ВОЗ и членам МБЭ по вопросам, представляющим общий интерес.

Статья 5

- 5.1 ВОЗ и МБЭ в ходе подготовки своих соответствующих программ работы будут обмениваться своими проектами программ для получения замечаний.
- 5.2 Каждая Сторона будет учитывать рекомендации другой Стороны при подготовке своей окончательной программы для представления своему руководящему органу.
- 5.3 ВОЗ и МБЭ будут проводить ежегодные координационные совещания должностных лиц высокого уровня из штаб-квартиры и/или регионов.

- 5.4 Обе Стороны разработают административные меры, необходимые для осуществления этой политики, такие как обмен экспертами, общая организация совместных научных и технических совещаний, совместная подготовка персонала здравоохранения и ветеринарии.

Статья 6

- 6.1 Настоящее Соглашение вступает в силу в дату подписания Генеральным директором ВОЗ и Генеральным директором МБЭ после утверждения Международным комитетом МБЭ и Всемирной ассамблеей здравоохранения.
- 6.2 Соглашение может быть изменено по взаимному согласию, выраженному в письменном виде. Оно может быть также прекращено любой Стороной путем письменного уведомления за шесть месяцев другой Стороны.

Статья 7

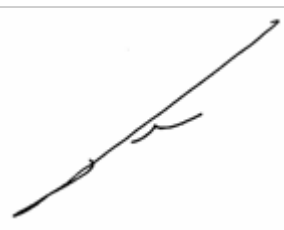
- 7.1 Настоящее Соглашение заменяет Соглашение между ВОЗ и МБЭ, утвержденное ВОЗ 4 августа 1960 г. и МБЭ 8 августа 1960 года.

Утверждено ВОЗ 18 декабря 2002 г. и МБЭ 26 мая 2003 г.

Д-р D.L. Neumann
Исполнительный директор
Инфекционные болезни



Д-р В. Vallat
Генеральный директор



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Стратегия по ускорению прогресса в направлении достижения целей и выполнения задач в области международного развития, связанных с репродуктивным здоровьем¹

[A57/13, Приложение – 15 апреля 2004 г.]

ВВЕДЕНИЕ

1. Репродуктивное и сексуальное здоровье² имеет фундаментальное значение для отдельных лиц, супружеских пар и семей, а также для социально-экономического развития общин и наций. В связи с обеспокоенностью медленным ходом работы по улучшению репродуктивного и сексуального здоровья в течение последнего десятилетия, а также осознавая тот факт, что цели международного развития не будут достигнуты без обновления обязательства международного сообщества, Пятьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла резолюцию WHA55.19, предлагающую ВОЗ разработать стратегию для ускорения хода работы по достижению целей и задач международного развития, связанных с репродуктивным здоровьем. В этой резолюции напоминаются и подтверждаются программы и планы действий, согласованные правительствами на Международной конференции по народонаселению и развитию (Каир, 1994 г.) и на Четвертой всемирной конференции Организации Объединенных Наций по положению женщин (Пекин, 1995 г.), а также на их соответствующих конференциях по обзору пятилетней последующей деятельности³.

2. В ответ на резолюцию WHA55.19 и после проведения консультаций с государствами-членами и их партнерами ВОЗ разработала стратегию, которая основана на действиях, предпринятых государствами-членами по выполнению резолюции WHA48.10 о репродуктивном здоровье: роль ВОЗ в глобальной стратегии, которая настоятельно предложила государствам-членам осуществлять дальнейшую разработку и укрепление своих программ в области репродуктивного здоровья.

3. Стратегия, представленная в настоящем документе, предназначена для широкой аудитории лиц, разрабатывающих политику в рамках правительств, международных учреждений, профессиональных ассоциаций, неправительственных организаций и других учреждений. В Части I излагаются основные несоответствия между глобальными целями и глобальными реальностями, а также описаны основные препятствия на пути к достижению прогресса, причем, в частности, отмечаются случаи несправедливости, связанные с гендером и

¹ См. резолюцию WHA57.12.

² Определение репродуктивного здоровья, предложенное ВОЗ и согласованное на Международной конференции по народонаселению и развитию (Каир, 1994 г.), включает сексуальное здоровье (см. рамку).

³ Двадцать первая специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, посвященная общему рассмотрению и оценке осуществления Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию (Нью-Йорк, 1999 г.), и двадцать третья специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций на тему "Женщины 2000: гендерное равенство, развитие и мир в XXI столетии" (Нью-Йорк, 2000 г.).

бедностью, а также подверженностью риску подростков. В Части II изложена стратегия, определяемая принципами, основанными на международных правах человека. В ней особо выделяются основные аспекты служб охраны репродуктивного и сексуального здоровья и предлагаются странам и ВОЗ пути к принятию новаторских подходов. В заключение вновь подтверждается корпоративная приверженность ВОЗ делу сотрудничества со своими партнерами в содействии и оказании поддержки государствам-членам в их усилиях по достижению Целей развития, содержащихся в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций, и других согласованных на международном уровне целей, связанных с репродуктивным и сексуальным здоровьем.

I. ГЛОБАЛЬНЫЕ ЦЕЛИ, ГЛОБАЛЬНЫЕ РЕАЛЬНОСТИ

4. Цели тысячелетия в области развития, которые взяты из Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций, принятой 189 государствами-членами в 2000 г., предоставляют новые международные рамки для измерения хода работы по достижению устойчивого развития и искоренения бедности. Из восьми Целей три – сокращение детской смертности, улучшение здоровья матери и борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими болезнями – непосредственно связаны с репродуктивным и сексуальным здоровьем, а четыре другие Цели – искоренить крайнюю бедность и голод, достичь всеобщего начального образования, способствовать гендерному равенству и предоставить более широкие полномочия женщинам, а также обеспечить экологическую устойчивость – имеют тесную связь со здоровьем, включая репродуктивное здоровье. В число конкретных задач входит следующее:

- сократить на три четверти показатель материнской смертности в период с 1990 по 2015 год;
- сократить на две трети показатель смертности детей в возрасте до пяти лет в период с 1990 по 2015 год;
- остановить к 2015 г. распространение ВИЧ/СПИДа и приступить к мерам по обращению его вспять.

5. Дополнительные точки отсчета были согласованы в 1999 г. на двадцать первой специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, посвященной общему рассмотрению и оценке осуществления Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию. Например, к 2015 г. число всех родов, осуществляемых с помощью опытных акушерок, должно достичь 90% в глобальном масштабе и по меньшей мере 60% – в странах с высокими показателями материнской смертности¹.

6. Определение репродуктивного здоровья, принятое на Международной конференции по народонаселению и развитию в 1994 г. (см. рамку), включает основные особенности, которые создают уникальность репродуктивного и сексуального здоровья по сравнению с другими областями здравоохранения. Репродуктивное здоровье начинается до и продолжается после годов воспроизводства и тесно связано с социально-культурными факторами, гендерными ролями, а также с соблюдением и охраной прав человека, особенно – и не только – с сексуальностью и личными отношениями.

¹ Документ Организации Объединенных Наций A/S-21/5/Add.1, пункт 64.

Репродуктивное и сексуальное здоровье и права, определенные в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию¹

"Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функций и процессов. Поэтому репродуктивное здоровье подразумевает, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь, и что у них есть возможность воспроизводить себя и что они вольны принимать решение о том, делать ли это, когда делать и как часто. Последнее условие подразумевает право мужчин и женщин быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по их выбору, а также другим методам регулирования деторождения по их выбору, которые не противоречат закону, и право иметь доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые позволили бы женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и предоставили бы супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца. В соответствии с изложенным выше определением репродуктивного здоровья, охрана репродуктивного здоровья определяется как сочетание методов, способов и услуг, которые способствуют репродуктивному здоровью и благополучию за счет предупреждения и устранения проблем, связанных с репродуктивным здоровьем. Она также включает охрану сексуального здоровья, целью которой является улучшение жизни и личных отношений, а не просто оказание консультативных и медицинских услуг, связанных с репродуктивной функцией и заболеваниями, передаваемыми половым путем." (Пункт 7.2)

"С учетом вышеизложенного определения репродуктивные права охватывают некоторые права человека, которые уже признаны в национальных законодательствах, международных документах по правам человека и других соответствующих документах Организации Объединенных Наций, принятых на основе консенсуса. Указанные права зиждутся на признании основного права всех супружеских пар и отдельных лиц свободно принимать ответственное решение относительно количества своих детей, интервалов между их рождением и времени их рождения и располагать для этого необходимой информацией и средствами и праве на достижение максимально высокого уровня сексуального и репродуктивного здоровья. Это также включает их право принимать решения в отношении воспроизводства потомства без какой бы то ни было дискриминации, принуждения и насилия, о чем говорится в документах по правам человека. ..." (Пункт 7.3)

¹ Документ Организации Объединенных Наций A/CONF.171/13: Доклад МКНР.

7. Принятие этих всеобъемлющих определений на Международной конференции по народонаселению и развитию ознаменовало собой начало новой эры, а достижения прошлого десятилетия являются многочисленными и глубокими. Например, концепция репродуктивного и сексуального здоровья и прав с незначительными исключениями была широко принята и начата использоваться международным здравоохранением и организациями по развитию, национальными правительствами, неправительственными организациями и другими участвующими сторонами. Новая политика и программы в области репродуктивного здоровья были определены почти во всех странах. Их принятие произвело значительные изменения в некоторых странах в традиционных способах оказания услуг в области охраны здоровья матери и ребенка или планирования семьи.

8. После принятия концепции и выражения приверженности репродуктивному и сексуальному здоровью были созданы партнерства на национальном, региональном и глобальном уровнях. Были также собраны новые фактические данные в ранее забытых областях, таких как бремя болезней, вызываемых плохим репродуктивным и сексуальным здоровьем, его связь с бедностью и насилием гендерного характера. Значительно возросло число случаев оптимальной практики, основанной на фактическом материале, в области репродуктивного и сексуального здоровья, а также возросли масштабы клинических и

поведенческих исследований и сбора международно признанных стандартов, норм и руководящих принципов.

9. Опыт показал, что даже в странах с низким уровнем дохода новаторские подходы с учетом специфики конкретных стран могут привести к значительному сокращению, например материнской смертности и заболеваемости. В настоящее время проблема заключается в том, чтобы разработать новаторские национальные стратегии, направленные на то, чтобы медико-санитарные услуги были доступны для наиболее нуждающихся людей, таких как подростки и бедные, с тем чтобы достичь международных целей. В настоящее время многие страны страдают от постоянно сохраняющихся высоких показателей материнской смертности и заболеваемости, перинатальной смертности, инфекций половых путей и инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ-инфекцию, нежелательную беременность, небезопасные аборты и рискованное сексуальное поведение, о чем свидетельствуют приведенные ниже данные.

Глобальная ситуация

Беременность, роды и здоровье новорожденных

10. Ежегодно из приблизительно 210 миллионов женщин, которые становятся беременными, около восьми миллионов страдают от осложнений, угрожающих жизни, связанных с беременностью, причем многие имеют длительные заболевания и инвалидность. Согласно оценкам, в 2000 г. во время беременности и родов в основном по предупреждаемым причинам умерли 529 000 женщин. В глобальном масштабе показатель материнской смертности существенно не изменился за последнее десятилетие.

11. Несправедливость проявляется в наибольшей степени на региональном уровне, причем 99% этих случаев материнской смертности происходят в развивающихся странах. Риск смерти по материнским причинам в течение жизни в африканских странах к югу от Сахары составляет 1 к 16, а в Юго-Восточной Азии – 1 к 58 по сравнению с 1 к 4000 в промышленных странах.

12. Большинство случаев материнской смертности происходит в результате осложнений во время родов (например, очень затрудненные роды – особенно при ранней первой беременности, кровотечение и гипертензивные осложнения), сразу же после родов (сепсис и кровотечение) или после небезопасного аборта. Факторами, обычно связанными с этими случаями смерти, являются отсутствие квалифицированного медицинского персонала¹ во время родов, отсутствие служб, способных оказать экстренную акушерскую помощь и устранить осложнения после небезопасного аборта, и неэффективные действующие системы направления к специалистам.

13. Более 50% женщин, живущих в беднейших регионах мира, – в некоторых странах это число превышает 80%, – рожают своих детей без помощи квалифицированной акушерки. В африканских странах, расположенных к югу от Сахары, этот процент не изменился за прошедшее десятилетие. Дородовая помощь предоставляется и широко используется в промышленных странах; в противоположность этому в конце 1990-х годов почти половина беременных женщин в Южной Азии и одна треть в Западной Азии и в африканских странах, расположенных к югу от Сахары, не получали вообще никакой дородовой помощи по

¹ Термин "квалифицированная акушерка" или "квалифицированный медицинский персонал" относится к специалисту здравоохранения, такому как акушерка, врач или сестра, которые обучены и обладают умением и навыками, необходимыми для проведения нормальных родов и непосредственно следующего послеродового периода, и которые могут выявлять осложнения, а, в случае необходимости, оказывать неотложную помощь и/или направлять больную на более высокий уровень медицинской помощи.

сравнению с менее чем одной пятой женщин в Восточной Азии, Латинской Америке и в зоне Карибского бассейна.

14. Из 10,8 миллиона случаев смерти детей в возрасте до пяти лет во всем мире три миллиона происходят во время первых семи дней неонатального периода. Кроме того, согласно оценкам, 2,7 миллиона детей являются мертворожденными. Многие из этих случаев смерти связаны с плохим состоянием здоровья женщины и с недостаточной помощью во время беременности, родов и в послеродовой период. Показатель неонатальной смертности (смертность в первые 28 дней) в развивающихся странах остался неизменным с начала 1980-х годов и составляет приблизительно 30 случаев смерти на 1000 живорожденных. Кроме того, смерть матери может серьезным образом поставить под угрозу выживание ее детей.

Планирование семьи

15. Использование контрацептивов существенно повысилось во многих развивающихся странах и в некоторых из них приближается к уровню, существующему в развитых странах. Тем не менее, исследования показывают, что в развивающихся странах и в странах с переходной экономикой более 120 миллионов супружеских пар не удовлетворяют потребностей в безопасной и эффективной контрацепции, несмотря на свое выраженное желание избегать будущих беременностей или устанавливать интервалы между ними.

16. У 9%–39% замужних женщин (включая женщин, состоящих в брачном союзе) существует эта неудовлетворенная потребность в планировании семьи. Данные свидетельствуют о том, что неудовлетворенная потребность также существует у не состоящих в браке сексуально активных подростков и взрослых. Около 80 миллионов женщин ежегодно имеют незапланированную или нежелательную беременность, причем некоторые из них происходят в результате дефектов в контрацептивных средствах, поскольку ни один контрацептивный метод не является эффективным на 100%.

Небезопасный аборт

17. Ежегодно прекращаются приблизительно 45 миллионов случаев нежелательной беременности, причем приблизительно 19 миллионов из них прекращаются в результате небезопасного аборта¹, 40% всех небезопасных аборт совершаются у молодых женщин в возрасте 15-24 лет. В результате небезопасных аборт ежегодно погибают приблизительно 68 000 женщин, что представляет 13% всех случаев смерти, связанных с беременностью. Кроме того, небезопасный аборт связан со значительной заболеваемостью; например, исследования показывают, что по меньшей мере одна из пяти женщин, совершивших небезопасный аборт, в результате этого страдает от инфекции половых путей – некоторые из этих инфекций являются серьезными, ведущими к бесплодию.

Инфекции, передаваемые половым путем, включая ВИЧ-инфекцию и инфекции половых путей

18. Согласно оценкам, ежегодно регистрируются 340 миллионов новых случаев бактериальных инфекций, передаваемых половым путем, большинство из которых можно вылечить. Многие инфекции не лечатся, потому что трудно установить диагноз, а также из-за отсутствия соответствующих требованиям доступных служб. Кроме того, ежегодно регистрируются миллионы случаев в основном неизлечимых вирусных инфекций, включая

¹ Небезопасный аборт определяется как процедура прекращения нежелательной беременности или лицами, у которых отсутствуют необходимые навыки, или в обстановке, в которой отсутствуют минимальные медицинские стандарты, или когда отсутствует и то и другое (см. Предупреждение и ведение небезопасного аборта, Доклад технической рабочей группы, документ WHO/MSM/92.5, 1992 г.).

пять миллионов новых случаев ВИЧ-инфекции, из которых 600 000 случаев регистрируются у детей из-за передачи инфекции от матери ребенку.

19. Передаваемая половым путем папилломовирусная инфекция у человека тесно связана с раком шейки матки, который диагностируется у более чем 490 000 женщин и вызывает ежегодно 240 000 случаев смерти. Три четверти всех случаев рака шейки матки происходят в развивающихся странах, где ощущается серьезная нехватка или отсутствие программ по обследованию и лечению.

20. Более 100 миллионов в основном излечимых случаев передаваемых половым путем инфекций происходят ежегодно у молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет. Эти инфекции способствуют заражению ВИЧ-инфекцией и ее распространению. Несмотря на отмеченные в последнее время позитивные тенденции среди молодежи (особенно среди женщин) в некоторых африканских странах, в целом приблизительно в два раза больше молодых женщин, чем мужчин, являются ВИЧ-инфицированными в африканских странах к югу от Сахары. В 2001 г., согласно оценкам, в африканских странах к югу от Сахары с ВИЧ/СПИДом жили 6%-11% молодых женщин по сравнению с 3%-6% молодых мужчин. В других развивающихся регионах число женщин с ВИЧ/СПИДом также больше, чем число мужчин. Кроме того, известно, что широко распространены инфекции половых путей, такие как бактериальный вагиноз и кандидоз гениталий, которые не передаются половым путем, хотя отсутствует достаточная документация о распространенности и последствиях этих инфекций.

21. Инфекции, передаваемые половым путем, также являются основной причиной бесплодия: во всем мире приблизительно 60-80 миллионов супружеских пар страдают от бесплодия и последующего невольного отсутствия детей, часто в результате закупорки трубы, вызываемой отсутствием лечения или недостаточным лечением инфекции, передаваемой половым путем.

22. Вместе эти аспекты плохого репродуктивного и сексуального здоровья (материнская и перинатальная смертность и заболеваемость, онкологические заболевания, инфекции, передаваемые половым путем, и ВИЧ/СПИД) составляют приблизительно 20% глобального бремени плохого состояния здоровья женщин и приблизительно 14% плохого состояния здоровья мужчин. Однако эти статистические данные не охватывают всего бремени плохого состояния здоровья. В настоящее время серьезно недооцениваются гендерно обусловленное насилие и гинекологические состояния, такие как серьезные менструальные проблемы, недержание мочи и энкопрез, вызываемые акушерскими свищами, выпадением матки, выкидышами и нарушением половой функции, все из которых имеют серьезные социальные, психологические и физические последствия. По оценкам ВОЗ, небезопасный секс является вторым наиболее важным глобальным фактором риска для здоровья.

Препятствия на пути к прогрессу

Несправедливость, связанная с гендером

23. Часто бросается в глаза гендерное неравенство, связанное со здоровьем. Семьи могут вкладывать меньше средств в питание, медико-санитарную помощь, обучение в школе, профессиональное обучение для девочек, чем для мальчиков. Дискриминация по признаку пола и низкий социальный статус девочек и женщин часто ведут к плохому состоянию физического и психического здоровья, физическому или психологическому злоупотреблению, а также к низким уровням контроля за своей собственной жизнью, особенно за своей половой и репродуктивной жизнью.

24. Насилие в отношении женщин во многих своих формах оказывает воздействие на репродуктивное и сексуальное здоровье женщин. В частности, насилие со стороны интимного

партнера, которое происходит во всем мире, включает физическое, сексуальное и психологическое злоупотребление. Исследования показывают, что от 4% до 20% женщин подвергаются насилию во время беременности с последствиями как для них самих, так и для их детей, такими как выкидыш, преждевременные роды и низкая масса тела при рождении. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что в некоторых странах почти одна из четырех женщин подвергается половому насилию со стороны интимного партнера. Также широко распространено насилие и изнасилование со стороны знакомых и незнакомых людей. Также серьезной проблемой является торговля женщинами и детьми, а также вынужденная проституция, особенно в некоторых регионах. Экстенсивными являются последствия для репродуктивного и сексуального здоровья и включают нежелательную беременность, небезопасный аборт, хронические болевые синдромы, передаваемые половым путем инфекции, включая ВИЧ-инфекцию, и гинекологические нарушения.

Подростки, подвергающиеся риску

25. В большинстве стран табу и нормы в отношении сексуальности (включая такую практику, как брак в детском возрасте, увечья женских гениталий и ранние половые отношения) ставят серьезные препятствия для получения информации, предоставления услуг в области охраны репродуктивного здоровья и других форм поддержки, которые необходимы молодежи, для того чтобы быть здоровыми. Тем не менее, сексуальное и репродуктивное поведение в период отрочества (в возрасте от 10 до 19 лет) имеет незамедлительные и долгосрочные последствия. В некоторых частях мира половая активность начинается в отрочестве и часто является рискованной, независимо от того, возникает ли она в браке или вне брака. Подростки редко обладают способностью или поддержкой, для того чтобы противостоять давлению, побуждающему к половым отношениям, договариваться о более безопасном сексе или защищать себя от нежелательной беременности и передаваемых половым путем инфекций. Для молодых девочек беременность несет высокий риск материнской смертности и заболеваемости. Удовлетворение потребностей и защита прав 1200 миллионов подростков во всем мире имеют существенное значение для гарантирования здоровья нынешнего и будущего поколений.

Несправедливость, связанная с бедностью и доступом к службам здравоохранения

26. Бедность почти повсюду связана с несправедливым доступом к службам здравоохранения, особенно к службам охраны здоровья матери. Бремя плохого репродуктивного и сексуального здоровья является наибольшим в беднейших странах, где службы здравоохранения, как правило, расположены в разных местах или физически недоступны, плохо обеспечены кадрами, ресурсами и оборудованием, а также находятся вне досягаемости для многих бедных людей. Слишком часто улучшение в службах общественного здравоохранения приносит несоразмерно большие выгоды более обеспеченным людям, хотя теоретически возможно достичь некоторых целей международного здравоохранения без включения групп с самым низким доходом и уязвимых групп населения.

27. С 1980-х годов во многих странах проводятся различные реформы сектора здравоохранения, влиявшие на наличие и доступ к службам здравоохранения, включая службы охраны репродуктивного и сексуального здоровья. Системы финансирования, такие как системы страхования с предоплатой и субсидии с проверкой нуждаемости, часто не приводят к желательному справедливому доступу для бедных людей. Таким образом, необходимо уделять особое внимание обеспечению того, чтобы обездоленные группы населения могли иметь доступ к профилактике, лечению и службам по спасению жизни, таким как экстренная акушерская помощь.

Другие проблемы

28. В последние годы отмечалось уменьшение объема общей помощи в области развития, хотя особенно пострадали такие секторы, как здравоохранение и образование. В то же самое время были введены новые механизмы внешнего финансирования здравоохранения, такие как документы по стратегии сокращения бедности, общесекторальные подходы и прямая поддержка бюджета. Также основные новые источники финансирования сектора здравоохранения, такие как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, концентрируют ресурсы на конкретных болезнях и вмешательствах. Важно обеспечить, чтобы эти новые вехи способствовали созданию устойчивого потенциала системы здравоохранения, включая службы охраны репродуктивного и сексуального здоровья.

29. Во многих странах основным препятствием для расширения всеобъемлющих служб охраны репродуктивного и сексуального здоровья, а также для повышения качества помощи являются недостаточные кадровые ресурсы. Слабыми местами являются серьезная нехватка персонала, недостаточные навыки имеющегося персонала, быстрая текучесть кадров и потеря квалифицированных работников, а также неэффективное использование и распределение тех работников, которые уже работают в данной системе. Низкая или невыплачиваемая заработная плата и неудовлетворительная подготовка кадров, неудовлетворительное руководство и условия работы являются основными причинами низкой производительности труда и высокой текучести специалистов здравоохранения. Стратегическое планирование для создания и сохранения надлежащим образом подготовленных работников здравоохранения, включая, например, квалифицированных акушерок, имеет важное значение для достижения прогресса в оказании помощи в области репродуктивного и сексуального здоровья.

30. Помимо препятствий, с которыми сталкиваются бедные и другие, не имеющие благоприятных условий люди в доступе к службам здравоохранения в целом, такие как расстояние от служб, отсутствие транспорта, стоимость услуг и дискриминационное лечение пользователей, охрана репродуктивного здоровья связана с особыми трудностями. Они порождаются социальными факторами и факторами культурного характера, такими как табу, окружающее воспроизводство и сексуальность, отсутствие у женщин полномочий на принятие решений, связанных с сексом и воспроизводством, низкое значение, придаваемое здоровью женщин, и негативное и предосудительное отношение членов семьи и лиц, оказывающих медико-санитарную помощь. Целостное рассмотрение общинами и лицами, оказывающими медико-санитарную помощь на местах, убеждений, отношений и ценностей является многообещающим началом преодоления этих основных препятствий.

31. За последние два десятилетия были осуществлены достижения в области спасения жизни, в технологиях охраны репродуктивного здоровья, а также в эффективной клинической и прагматической практике. Однако даже при наличии электронных баз данных и средств интерактивной связи многие системы здравоохранения и лица, предоставляющие услуги, имеют незначительный доступ к этой новой информации или не имеют этого доступа вообще. Эффективные демонстрационные проекты во многих странах, включая введение технологий и наилучшей практики, часто не удается осуществить в более крупном масштабе. Неспособность использовать надлежащее стратегическое планирование на основе адекватных количественных и качественных данных ограничивает понимание причин плохого качества услуг и отсутствия доступа к услугам, а также их использования.

32. В некоторых странах законы, политика и регулирующие положения могут мешать доступу к службам (например, исключение не находящихся в браке людей из области контрацептивных услуг), без какой-либо необходимости ограничивать роли медицинского персонала (например, запрещение акушеркам применять процедуры по спасению жизни, такие как удаление плаценты), запрещение предоставления некоторых услуг (например, предоставление без рецепта средств неотложной контрацепции) или ограничивать импорт

некоторых основных лекарственных средств и технологий. Устранение таких ограничений, по всей видимости, будет в значительной степени способствовать улучшению доступа людей к службам.

II. СТРАТЕГИЯ ПО УСКОРЕНИЮ ХОДА РАБОТЫ

33. Всеобъемлющая цель этой стратегии заключается в ускорении хода работы по достижению в международном масштабе согласованных целей в области репродуктивного здоровья и, в конечном итоге, по достижению наивысшего достижимого стандарта репродуктивного и сексуального здоровья для всех.

Руководящий принцип: права человека

34. Стратегия ВОЗ по ускорению хода работы основана на согласованных в международном масштабе документах и декларациях по правам человека, принятых глобальным консенсусом, включая право всех людей на наивысший достижимый уровень здоровья; основное право всех пар и отдельных лиц свободно принимать ответственное решение относительно количества своих детей, интервалов между их рождением и времени их рождения и располагать для этого необходимой информацией и средствами; право женщин осуществлять контроль, а также свободно и ответственно решать вопросы, связанные с их сексуальностью, включая охрану сексуального и репродуктивного здоровья без принуждения, дискриминации и насилия; право мужчин и женщин выбирать супругу или супруга и вступать в брак лишь по их свободному и полному согласию; право доступа к информации и право каждого пользоваться выгодами научного прогресса и его применения. Для обеспечения соблюдения этих прав политика, программы и мероприятия должны способствовать гендерному равенству, в них должно уделяться приоритетное внимание бедным и получающим недостаточное обслуживание слоям и группам населения, особенно подросткам, а также оказываться особая поддержка тем странам, которые несут наибольшее бремя плохого состояния репродуктивного и сексуального здоровья.

Основные аспекты служб охраны репродуктивного и сексуального здоровья

35. Существует пять основных аспектов охраны репродуктивного и сексуального здоровья: улучшение дородовой, перинатальной, послеродовой помощи и помощи новорожденным; предоставление высококачественных услуг в области планирования семьи, включая службы, связанные с бесплодием; ликвидация небезопасных аборт; борьба с инфекциями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ-инфекцию, инфекции половых путей, рак шейки матки и другие гинекологические заболевания; и укрепление сексуального здоровья. Благодаря тесной связи между различными аспектами репродуктивного и сексуального здоровья вмешательство в одной области, безусловно, окажет воздействие на другие области. Странам важно укрепить существующие службы и использовать их в качестве исходного пункта для разработки новых мероприятий, стремясь к максимальной синергии.

36. В большинстве стран основным исходным пунктом будут являться службы дородовой помощи, помощи при родах и помощи в послеродовой период, которые являются основой первичной медико-санитарной помощи. Центральное место в сокращении материнской заболеваемости и смертности, а также перинатальной смертности занимают принятие каждым родов квалифицированным медицинским персоналом и оказание всеобъемлющей неотложной акушерской помощи для устранения осложнений. Предоставление этих услуг требует наличия эффективных систем направления к специалистам для обеспечения связи и транспорта между пунктами предоставления услуг. Службы охраны здоровья матери предоставляют основную возможность для охвата женщин системой планирования семьи. Они также являются отличным средством, с помощью которого можно обеспечить женщинам доступ к

профилактике, консультациям, обследованию и лечению ВИЧ-инфекции и предотвращению передачи ВИЧ во время беременности и родов, а также посредством грудного вскармливания. Действительно, именно с помощью этих служб можно адекватным образом предоставлять медицинскую помощь. Эти пункты получают дальнейшую разработку в стратегии ВОЗ по обеспечению безопасной беременности.

37. Небезопасный аборт в качестве предупреждаемой причины материнской смертности и заболеваемости должен решаться в качестве части Цели тысячелетия в области развития по улучшению здоровья матери и других целей и задач международного развития. Это требует предпринятия неотложных действий, включая укрепление служб планирования семьи для предупреждения нежелательной беременности, и в той степени, в которой разрешено законом, обеспечение того, чтобы имелись и были доступными эти услуги. Также в той степени, в какой позволяет закон, требуются подготовка провайдеров медико-санитарных услуг по современной технологии и обеспечение их соответствующими лекарственными средствами и поставками, все из которых должны предоставляться для оказания гинекологической и акушерской помощи; предоставление социальной и иной поддержки женщинам с нежелательной беременностью и в той степени, в которой позволяет закон, предоставление услуг, связанных с абортом, на уровне первичной медико-санитарной помощи. Женщинам, страдающим от осложнений, связанных с небезопасным абортом, должно предоставляться неотложное и гуманитарное лечение в рамках оказания помощи после аборта.

38. Об успехе в предоставлении услуг в области планирования семьи в большинстве стран мира свидетельствует огромное увеличение использования контрацептивных средств в развивающихся странах за последние два-три десятилетия. Эти программы являются существенной частью служб по сокращению материнской перинатальной заболеваемости и смертности, поскольку они позволяют женщинам откладывать на более поздний срок, распределять по времени и ограничивать беременности. Поскольку эти службы непосредственно связаны с половыми отношениями, они имеют огромный потенциал для определения пути укрепления сексуального здоровья и содействия усилиям по предупреждению инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ-инфекции.

39. Диагностика и лечение инфекций, передаваемых половым путем, проводятся фармацевтами, продавцами лекарственных средств и традиционными лекарями, часто совершенно неэффективно. Предпринимались различные попытки охватить женщин посредством интеграции лечения инфекций, передаваемых половым путем, в существующие службы охраны здоровья матери и ребенка и/или планирования семьи, но с ограниченным успехом. Тем не менее, опыт показывает, что включение профилактики инфекций, передаваемых половым путем, в службы планирования семьи, особенно посредством предоставления консультаций и обсуждения вопросов сексуальности и отношений между партнерами, привело к увеличению использования услуг и улучшению качества медицинской помощи. Эти подходы можно использовать и усовершенствовать, с тем чтобы расширить охват и охватить мужчин, молодежь и другие группы населения, которым ранее не уделяли особого внимания службы планирования семьи. Кроме того, пробное лечение в группах высокого риска и всеобъемлющие программы борьбы с инфекциями, передаваемыми половым путем, на уровне общины могли в значительной степени способствовать сокращению уровней передачи ВИЧ-инфекции.

40. Дополнительные выгоды от укрепления служб охраны репродуктивного здоровья многочисленны. Они включают уделение внимания вопросам насилия в отношении женщин, которые в настоящее время решаются в различных странах, например с предоставлением услуг в области неотложной контрацепции, проведение абортов (в той степени, насколько это разрешено законом), если требуется, лечение передаваемых половым путем инфекций и профилактика ВИЧ-инфекции после изнасилования, обследование и лечение рака шейки матки, профилактика первичного и вторичного бесплодия и лечение гинекологических состояний.

Хорошо разработанные и эффективно действующие службы охраны репродуктивного и сексуального здоровья, особенно службы с участием населения, могут также способствовать улучшению отношений между пользователем и лицом, предоставляющим услуги, участию мужчин, а также предоставлению более широких прав женщинам в отношении выбора, касающегося репродуктивного здоровья.

41. Все службы охраны репродуктивного и сексуального здоровья играют ключевую роль в предоставлении информации и консультаций для укрепления сексуального здоровья. Соответствующая информация может также способствовать улучшению связи между партнерами и укреплению аспекта здоровья при принятии решения, касающегося половых отношений, включая воздержание и использование презервативов.

Действия

42. ВОЗ предлагает следующие ключевые области действий на страновом уровне и берет обязательства по оказанию поддержки государствам-членам в создании и укреплении их потенциала для улучшения репродуктивного и сексуального здоровья. Выявление проблем, установление приоритетов и стратегий по ускорению действий необходимо осуществлять каждой стране в рамках консультативных процессов с участием всех заинтересованных сторон. Пятью всеобъемлющими областями действий являются укрепление потенциала систем здравоохранения, улучшение информации для установления приоритетов, мобилизация политической воли, создание поддерживающих законодательных и регулирующих механизмов и укрепление мониторинга, оценки и отчетности.

Укрепление потенциала систем здравоохранения

43. Предпосылкой для достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных с выживанием матерей и детей и ВИЧ/СПИДом, а также с более широкими целями репродуктивного и сексуального здоровья, является существование функционирующей системы основной медико-санитарной помощи на первичном, вторичном и третичном уровнях. В некоторых странах необходимо будет существенно укрепить основной потенциал служб здравоохранения, с тем чтобы можно было бы предоставлять всеобъемлющий ряд основных услуг в области охраны репродуктивного и сексуального здоровья. Планирование в области репродуктивного и сексуального здоровья на национальном уровне потребует решения вопросов, касающихся устойчивых механизмов финансирования, кадровых ресурсов, качества предоставляемых услуг и использования служб.

44. **Устойчивые механизмы финансирования.** Центральное значение охраны репродуктивного и сексуального здоровья необходимо отразить в планировании и стратегическом развитии национального сектора здравоохранения. Оказывалось содействие реформам сектора здравоохранения и связанным с ними инициативам, таким как общесекторальные подходы к финансированию со стороны доноров в качестве средства укрепления систем здравоохранения. Задача заключается в обеспечении того, чтобы эти инициативы и другие механизмы финансирования привели к повышению качества, всеобъемлющим службам охраны репродуктивного и сексуального здоровья, а также к продвижению к всеобщему доступу.

45. Необходимыми **действиями** в этой области являются:

- (1) добиться того, чтобы охрана репродуктивного и сексуального здоровья занимала центральное место в процессах национального планирования и разработки стратегий, включая документы по стратегии сокращения бедности и стратегии ВОЗ по сотрудничеству между странами;

(2) обеспечить надлежащее отражение репродуктивного и сексуального здоровья в национальных планах сектора здравоохранения, включая планы, касающиеся инициативы "3 к 5", предложения в отношении Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, а также другие соответствующие инициативы;

(3) установить приоритеты охраны репродуктивного и сексуального здоровья в пакетах основных услуг в соответствии с реформами сектора здравоохранения и общесекторальными подходами; и

(4) там, где введены новые механизмы финансирования, такие как разделение расходов, разработать способы содействия доступу к службам для подростков, бедных и других людей, не получающим должного внимания, а также проводить мониторинг последствий такой политики и адаптировать ее к местным условиям.

46. **Кадровые ресурсы.** Подготовка, наём, размещение и сохранение квалифицированного персонала здравоохранения являются главными элементами улучшения здравоохранения и медико-санитарной помощи в целом. Многие основные мероприятия в области охраны репродуктивного и сексуального здоровья могут осуществляться специалистами среднего уровня и вспомогательным медицинским персоналом. Задача состоит в том, чтобы определить штаты работников здравоохранения, навыки и формы подготовки, которые в наибольшей степени необходимы для предоставления приоритетных услуг в области репродуктивного и сексуального здоровья. Необходимо будет создать предоставляющие возможности условия для работников здравоохранения, с тем чтобы они в полной мере реализовывали свой потенциал, и создать для них мотивацию для работы со всеми группами населения, включая беднейшие слои.

47. Необходимыми **действиями** в этой области являются:

(1) определить основные требования на всех уровнях в отношении числа и распределения работников здравоохранения, обладающих навыками, необходимыми для осуществления приоритетных мероприятий в области охраны репродуктивного и сексуального здоровья, а также осуществить надлежащий наём и соответствующую подготовку кадров;

(2) провести оценку и улучшить условия работы, условия найма и руководство;

(3) сформулировать стратегию по созданию мотивации и сохранению квалифицированного персонала; и

(4) содействовать политике, позволяющей работникам здравоохранения в полной мере использовать свои навыки.

48. **Качество предоставления услуг.** Современная практика, используемая в учебных больницах и специальных проектах, часто не принимается во всей системе, что ведет к тому, что общая эффективность остается низкой и сохраняется неравенство как в отношении качества, так и в отношении доступа. При децентрализованном планировании и ответственности, связанной с проведением реформ сектора здравоохранения, необходимо уделять особое внимание содействию принятия во всей системе надлежащей практики. Необходимо создать системы материально-технического обеспечения для устойчивого обеспечения основными предметами медицинского назначения.

49. Необходимыми **действиями** в этой области являются:

- (1) осуществить стратегическое планирование с участием специалистов и руководителей здравоохранения, с тем чтобы провести оценку существующего качества медико-санитарной помощи и определить оптимальные пути повышения качества в рамках существующих ограничений на ресурсы;
- (2) разработать и провести проверку стратегий в целях расширения вмешательств с доказанной эффективностью;
- (3) разработать, принять и провести мониторинг стандартов для клинической практики в частном и общественном секторах;
- (4) набрать партнеров среди неправительственных организаций, а также в частном и коммерческом секторах для максимального предоставления и использования услуг в области репродуктивного здоровья; и
- (5) содействовать обмену выводами, сделанными во время деятельности в странах, и сотрудничества между ними.

50. **Использование служб.** В тех случаях, где существуют службы здравоохранения, есть много причин – социальных, экономических и культурных – почему, тем не менее, люди не пользуются ими, особенно в отношении репродуктивного и сексуального здоровья. Выявление и преодоление препятствий требуют сотрудничества с женщинами, молодежью и другими группами населения для лучшего понимания потребностей, анализа проблем и изыскания приемлемых решений.

51. Необходимыми **действиями** в этой области являются:

- (1) провести социальные и оперативные исследования для выявления препятствий для использования служб, а также разработать и проверить меры по их преодолению; и
- (2) использовать подходы с участием многих людей для работы с общинами, учреждениями общественного и частного секторов, а также с неправительственными организациями для преодоления таких препятствий и содействия надлежащему использованию имеющихся служб.

Улучшение информации для установления приоритетов

52. Необходимо провести анализ эпидемиологических данных и данных социальных наук, с тем чтобы понять вид, серьезность и распространение риска воздействия на репродуктивное и сексуальное здоровье, а также на плохое состояние здоровья населения, понять динамику, являющуюся движущей силой плохого состояния репродуктивного и сексуального здоровья, и установить связи между плохим состоянием здоровья и бедностью, гендером и социальной уязвимостью. Сбор и анализ улучшенных данных, включая информацию о затратах и об эффективности с точки зрения затрат, имеет существенное значение для выбора среди конкурирующих приоритетов действий, а также для ориентации мероприятий системы здравоохранения на цели, которые, вероятнее всего, произведут изменения в имеющихся ресурсах.

53. Однако процесс установления приоритетов на основе надежных данных должен осуществляться с участием многих заинтересованных сторон: правительства, двусторонних и многосторонних учреждений, профессиональных ассоциаций, женских групп и других секторов гражданского общества. Объединение этих различных участников с их

разнообразными перспективами будет способствовать созданию широкого консенсуса, укреплению сотрудничества и увеличению вероятности того, что данное мероприятие будет успешным. Основные участники тщательно устанавливают соотношение между эффективностью с точки зрения затрат и справедливостью, а также рассматривают необходимость инвестирования больших средств, с тем чтобы охватить бедные и другие группы населения, получающие недостаточное обслуживание.

54. Необходимыми действиями в этой области являются:

(1) укреплять возможности для сбора и анализа данных о состоянии здоровья и лежащих в его основе детерминант, а также о функционировании служб здравоохранения на местном, районном и национальном уровнях; и

(2) установить приоритеты на основе данных с использованием широкого консультативного процесса с участием заинтересованных сторон при уделении особого внимания вопросам справедливого доступа, особенно для бедных и других групп населения, получающих недостаточное обслуживание.

Мобилизация политической воли

55. Создание динамической обстановки решительной международной, национальной и местной поддержки в отношении основанных на правах инициатив в области репродуктивного и сексуального здоровья будет способствовать преодолению инерции, стимулированию инвестиций и разработке высоких стандартов и механизмов для отчетности об осуществлении. Это требует участия не только министерств здравоохранения, но также министерств финансов, образования и, возможно, других секторов, а также их соответствующих организаций на районном и местном уровнях. Потенциал для политической приверженности и пропаганды должен быть достаточен для поддержания надлежащей практики и программ, особенно для групп населения, получающих недостаточное обслуживание.

56. Необходимыми действиями в этой области являются:

(1) организовать решительную поддержку инвестиций в области репродуктивного и сексуального здоровья с использованием фактических данных, свидетельствующих о выгодах для общественного здравоохранения и прав человека;

(2) мобилизовать основных участников для поддержки национальной повестки дня в области репродуктивного и сексуального здоровья (например, специалистов здравоохранения, экспертов в области права, группы по правам человека, женские ассоциации, правительственные министерства, политических лидеров и партии, религиозных лидеров и лидеров общин) и внести согласованность в использование средств массовой информации; и

(3) организовать сильное основанное на фактических данных движение в пользу стратегических инвестиций в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав подростков, а также включить их в национальную повестку дня; распространять информацию о характере, причинах и последствиях потребностей и проблем в области репродуктивного здоровья подростков, таких как уязвимость в отношении передаваемых половым путем инфекций, включая ВИЧ-инфекцию, нежелательную беременность, небезопасные аборты, ранний брак или деторождение, а также сексуальное принуждение и насилие как в рамках брака, так и за его пределами.

Создание поддерживающих законодательных и регулирующих механизмов

57. Устранение необходимых ограничений в политике и регулирующих положениях с целью создания поддерживающего механизма в области репродуктивного и сексуального здоровья, по всей видимости, будет в значительной степени способствовать улучшению доступа к услугам.

58. Необходимы регулирующие положения для обеспечения того, чтобы предметы медицинского назначения (лекарственные препараты, оборудование и поставки) осуществлялись на постоянной и справедливой основе и чтобы они отвечали международным стандартам качества. Кроме того, необходим эффективно действующий регулирующий механизм для обеспечения отчетности общественного и частного секторов за предоставление высококачественной помощи всему населению.

59. Необходимыми **действиями** в этой области являются:

(1) рассмотреть и, в случае необходимости, обновить законы и политику для обеспечения того, чтобы они облегчали всеобщий, справедливый доступ к просвещению, информации и услугам в области репродуктивного и сексуального здоровья;

(2) обеспечить введение регулирующих положений и стандартов, с тем чтобы необходимые предметы медицинского назначения, которые отвечают международным стандартам качества, поставлялись на постоянной и справедливой основе; и

(3) создать стандарты осуществления и разработать механизмы мониторинга и отчетности в отношении предоставления услуг и сотрудничества, а также в отношении дополнительных действий среди частного, неправительственного и общественного секторов.

Укрепление мониторинга, оценки и отчетности

60. Мониторинг и оценка имеют существенное значение для определения того, что действует, а что не действует и почему. Они также могут выявить изменяющиеся потребности и неожиданное воздействие, как позитивное, так и негативное.

61. Необходимыми **действиями** в этой области являются:

(1) создать и укрепить механизмы мониторинга и оценки на основе четкого плана того, чего следует достичь, как и когда, а также четкого комплекта показателей с надежными основными данными;

(2) провести мониторинг реформ сектора здравоохранения, общесекторальных подходов и осуществления других финансовых механизмов, таких как документы по стратегии сокращения бедности, разделение расходов и прямая поддержка бюджету, для обеспечения того, чтобы получили выгоды бедные и другие социально или экономически маргинализированные группы населения, а также для содействия в укреплении служб охраны репродуктивного и сексуального здоровья на всех уровнях; и

(3) разработать механизмы (такие, как местные комитеты и собрания общин) для повышения отчетности на уровне учреждения и на районном уровне.

Приверженность ВОЗ достижению глобальных целей в области репродуктивного здоровья

62. Во всех областях действий, изложенных выше, ВОЗ будет продолжать и активизировать свою техническую помощь странам посредством:

- поддержки ориентированных на действия научных исследований и укрепления потенциала научных исследований
- упорядочения и тщательного установления целенаправленности норм и стандартов, основанных на фактических данных
- глобальной пропаганды в поддержку репродуктивного и сексуального здоровья.

63. Все эти мероприятия будут систематически содействовать и способствовать справедливости, включая гендерную справедливость, а также аспекты прав человека в области репродуктивного и сексуального здоровья.

64. На глобальном уровне ВОЗ будет:

(1) удваивать свои усилия по осуществлению инициативы по повышению безопасности беременности в качестве приоритетного компонента стратегии в области репродуктивного и сексуального здоровья, особенно для стран с наивысшим показателем материнской смертности;

(2) продолжать укреплять свои партнерства с системой Организации Объединенных Наций (в частности, с ЮНИСЕФ, ЮНФПА и ЮНЭЙДС), с Всемирным банком, ассоциациями специалистов здравоохранения, неправительственными организациями и другими партнерами для обеспечения сотрудничества и координированных действий, осуществляемых широким кругом партнеров. Новое партнерство в области безопасного материнства и здоровья новорожденных, штаб-квартира которого будет расположена в ВОЗ, будет играть решающую роль в этом;

(3) содействовать работе служб охраны репродуктивного и сексуального здоровья и укреплять их в качестве основы для профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, особенно в рамках системы планирования семьи; антенатальной помощи, помощи при родах и в послеродовой период; борьбы с передаваемыми половым путем инфекциями; содействия более безопасному сексу; и предупреждения передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. ВОЗ будет также обеспечивать уделение внимания репродуктивному и сексуальному здоровью посредством укрепления сотрудничества с другими программами общественного здравоохранения, включая программы по иммунизации, питанию и профилактике и лечению малярии и туберкулеза, особенно у беременных женщин; и

(4) обеспечивать отчетность посредством регистрации хода работы в области репродуктивного и сексуального здоровья в качестве составной части достижения Целей тысячелетия в области развития.