



Доклады о ходе работы в связи с техническими вопросами и вопросами здравоохранения

Доклад Секретариата

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
A. Улучшение деятельности по сдерживанию резистентности к противомикробным препаратам (резолюция WHA58.27)	2
B. Выполнение ВОЗ рекомендаций Глобальной целевой группы по улучшению координации в области СПИДа между многосторонними учреждениями и международными донорами (резолюция WHA59.12)	4
C. <i>Доклад о насилии и здоровье в мире: выполнение рекомендаций</i>	6
D. Содействие повышению дорожной безопасности и предупреждение транспортного травматизма (резолюция WHA57.10)	9
E. Инвалидность, включая предупреждение, ведение и реабилитацию (резолюция WHA58.23)	11
F. Профилактика рака и борьба с ним (резолюция WHA58.22): рак шейки матки	12
G. Обеспечение устойчивой ликвидации нарушений, связанных с недостаточностью йода (резолюция WHA58.24).....	14
H. Укрепление активной и здоровой старости (резолюция WHA58.16).....	16
I. Готовность к чрезвычайным ситуациям и ответные меры (резолюция WHA59.22)	18
J. Снизить глобальную смертность от кори	20
K. Сеть по показателям здоровья	24
Действия Ассамблеи здравоохранения	26

А. УЛУЧШЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО СДЕРЖИВАНИЮ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ (резолюция WHA58.27)

1. В резолюции WHA58.27 Ассамблея здравоохранения предложила Генеральному директору расширить и укрепить оказание технической помощи государствам-членам в целях ускорения осуществления резолюций WHA51.17 и WHA54.14 о сдерживании резистентности к противомикробным препаратам. Она также отметила, что стратегия сдерживания резистентности к противомикробным препаратам¹ была реализована в широких масштабах и вновь подчеркнула необходимость всестороннего комплексного национального подхода к содействию работе по сдерживанию такой резистентности.

Осуществление стратегии по сдерживанию резистентности к противомикробным препаратам

2. Частичное совпадение вопросов и рекомендаций привело к тому, что тематика сдерживания резистентности к противомикробным препаратам стала рассматриваться в рамках рационального использования лекарственных средств. На своей сессии в январе 2007 г.² Исполнительный комитет рассмотрел этот вопрос и принял резолюцию EB120.R12 о рациональном использовании лекарственных средств. В этой резолюции, рекомендованной им Ассамблее здравоохранения, Генеральному директору предлагается, в частности, укреплять техническую поддержку со стороны ВОЗ государствам-членам в их усилиях по созданию или укреплению в соответствующих случаях многодисциплинарных национальных органов по мониторингу использования лекарственных средств, а также в осуществлении национальных программ рационального использования лекарственных средств. В этой просьбе нашел выражение основной элемент стратегии ВОЗ, предусматривающий учреждение странами межсекторальных национальных целевых групп для координации стратегий сдерживания, и предыдущее предложение учредить в штаб-квартире и на региональном уровне независимую, полностью обеспеченную ресурсами межсекторальную целевую группу по резистентности к противомикробным препаратам для выработки плана действий³. В документе о финансовых последствиях этой резолюции⁴ предусматриваются достаточные ресурсы для создания глобальной группы, призванной обеспечить странам необходимую дополнительную техническую поддержку. Предлагаемый план реализации будет обсуждаться пятнадцатой сессией Комитета экспертов по отбору и использованию основных лекарственных средств (проведение запланировано на 19-23 марта 2007 г. в Женеве).

3. Был достигнут прогресс в создании более солидной базы фактических данных; при этом в работе Секретариата акцентировались сбор и анализ данных о применении

¹ Документ WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2.

² См. документ EB119/2006-EB120/2007/REC/2, протоколы шестого, восьмого и двенадцатого заседаний.

³ Документ WHO/CDS/CSR/RMD/2003.7.

⁴ Документ EB120/7 Add.1.

антибиотиков в контексте первичной медико-санитарной помощи в странах с низким и средним уровнями доходов, а также меры фармацевтической политики в отношении резистентности к противомикробным препаратам. Фактические данные по результатам уже проанализированных 792 обследований указывают на продолжающееся во всем мире злоупотребление антибиотиков и их ненадлежащее использование¹. Данные о мерах политики свидетельствуют о том, что в немногих странах существует национальная целевая группа или стратегия по сдерживанию резистентности, справочная лаборатория по эпиднадзору или обеспечивается соблюдение мер политики, например по ограничению доступности антибиотиков только по рецептам².

Пропаганда и научно-исследовательская деятельность

4. ВОЗ продолжает свою междисциплинарную работу, акцентирующую следующие подходы к сдерживанию резистентности к противомикробным препаратам:

- проведение научных исследований в области надзора за использованием противомикробных агентов и за резистентностью к препаратам в общинах, нуждающихся в ресурсах;
- распространение руководящих принципов с целью улучшить ведение распространенных детских инфекционных заболеваний, в том числе основанных на фактических данных стратегий сокращения ненадлежащего использования антибиотиков (например, эффективность трехдневного курса лечения пневмонии антибиотиками и использования цинка в лечении диареи);
- предоставление через Всемирный альянс по безопасности пациентов руководящих указаний по профилактике инфекций, сопутствующих оказанию медицинской помощи, и по антибиотической профилактике в хирургии;
- осуществление провозглашенной в 2006 г. Стратегии "Остановить туберкулез" в целях повышения уровня борьбы с туберкулезом путем продвижения подхода, ставящего в центр внимания пациента, использования комбинаций препаратов гарантированного качества в фиксированных дозировках, регулярного эпиднадзора за резистентностью и создания Комитета "Зеленый свет", облегчающего доступ к противотуберкулезным препаратам гарантированного качества второй линии при обеспечении их рационального использования с помощью строго надзора и процесса мониторинга;
- пропагандирование использования комбинированной терапии на базе артемизинина в качестве лечения молниеносной трехдневной малярии без осложнений и введение запрета на маркетинг и использование пероральных артемизининовых монотерапий.

¹ См. дополнительные подробности в документе EB120/7.

² Документ WHO/TCM/2006.2.

Перспективы на будущее

5. Ограниченный прогресс, достигнутый на сегодняшний день в осуществлении резолюции WHA58.27, отражает низкий уровень инвестиций в разработку в системах здравоохранения согласованных комплексных программ по содействию рациональному использованию противомикробных препаратов и сдерживанию резистентности к ним. Однако эта проблематика получила отражение в Одиннадцатой общей программе работы и является частью стратегической задачи 11 в проекте Среднесрочного стратегического плана на 2008-2013 гг. и в проекте Предлагаемого программного бюджета на 2008-2009 годы.

В. ВЫПОЛНЕНИЕ ВОЗ РЕКОМЕНДАЦИЙ ГЛОБАЛЬНОЙ ЦЕЛЕВОЙ ГРУППЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ КООРДИНАЦИИ В ОБЛАСТИ СПИДА МЕЖДУ МНОГОСТОРОННИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ И МЕЖДУНАРОДНЫМИ ДОНОРАМИ (резолюция WHA59.12)

6. Всемирная ассамблея здравоохранения в резолюции WHA59.12 одобрила рекомендации Глобальной целевой группы по улучшению координации в области СПИДа между многосторонними учреждениями и международными донорами и призвала Генерального директора выполнять ее рекомендации в сотрудничестве с ЮНЭЙДС и другими его соучредителями и представить доклад о работе Сто девятнадцатой сессии Исполнительного комитета и Шестидесятой сессии ассамблеи.

7. Рекомендации Глобальной целевой группы включали обеспечение более эффективного сотрудничества доноров и многосторонних учреждений (ВОЗ, ЮНЭЙДС, Всемирный банк и Глобальный фонд для борьбы со СПИдом, туберкулезом и малярией и другие), чтобы обеспечить гармонизацию и согласование финансовой и технической помощи национальным мероприятиям по борьбе со СПИдом в соответствии с Триединым принципом, Римской декларацией по вопросам согласования (2003 г.) и Парижской декларацией по повышению эффективности внешней помощи (2005 г.).

8. К концу октября 2006 г. ЮНЭЙДС оказала поддержку созданию совместных бригад Организации Объединенных Наций по СПИДу в 44 странах. ВОЗ играла активную роль в этих бригадах, участвуя в совместном программировании с другими учреждениями Организации Объединенных Наций и партнерами.

9. Вклад ВОЗ в выполнение рекомендаций Глобальной целевой группы в основном касался улучшения координации между многосторонними учреждениями, особенно в целях оказания технической поддержки на страновом уровне. В качестве председателя Глобальной совместной группы по решению проблем и оказанию поддержки осуществлению ВОЗ возглавляет работу по преодолению препятствий, мешающих выделению крупных грантов для национальных программ борьбы против ВИЧ/СПИДа. Эта Группа включает ВОЗ, ПРООН, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ЮНЭЙДС, Всемирный банк и Глобальный фонд для борьбы со СПИдом, туберкулеза и малярии. Группа способствует проведению в странах выявления препятствий и подготовке планов технической

поддержки для их преодоления. Ежемесячно проводятся видео- и телефонные конференции с участием стран для рассмотрения их запросов на техническую поддержку. Решения в отношении ответственности за оказание технической поддержки принимаются в рамках согласованной системы разделения труда¹.

10. Группа поддержки обеспечивает координацию и предоставляет политическую, техническую и управленческую поддержку в тесном сотрудничестве с тематическими группами Организации Объединенных Наций, совместными страновыми бригадами Организации Объединенных Наций и другими национальными и международными партнерами. К марту 2007 г. Группа поддержки провела оперативный анализ препятствий, мешающих осуществлению программ в 32 странах, и способствовала практической работе в 15. Поддержка оказывалась в областях закупки и организации снабжения, средств контроля за грантами, мониторинга и оценки и решения системных проблем, касающихся политики, процедур и практики многосторонних учреждений и их партнеров. В ноябре 2006 г. членский состав Группы поддержки был расширен, и теперь в нее входят двусторонние доноры и партнеры из гражданского общества, которые полностью участвуют в работе с основными членами над преодолением препятствий для осуществления национальных программ по ВИЧ/СПИДУ.

11. Работа Группы поддержки дополняет техническую поддержку, предоставляемую ЮНЭЙДС и ее соучредителями на региональном и страновом уровнях, в частности через "узлы знаний", созданные ВОЗ и ее партнерами, используя средства технической поддержки со стороны ЮНЭЙДС. ВОЗ сотрудничает с Чрезвычайным планом, начатым Соединенными Штатами Америки, по оказанию помощи борьбе против СПИДа и Инициативой по оказанию поддержки Германского общества по техническому сотрудничеству, и с тем чтобы обеспечить соответствие предоставляемой двусторонними учреждениями технической помощи критериям деятельности системы Организации Объединенных Наций. ВОЗ, ЮНИСЕФ, Всемирный банк, ЮНЭЙДС, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и Чрезвычайный план по оказанию помощи борьбе против СПИДа совместно организуют следующее совещание участников мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом, целью которого является обмен опытом, приобретенным при расширении программ по ВИЧ/СПИДУ.

12. По мере роста спроса стран на техническую поддержку продолжались усилия для обеспечения адекватного финансирования. Семьдесят девять процентов средств, предназначенных на работу ВОЗ по ВИЧ/СПИДУ в нынешнем двухлетии, было передано региональным и страновым бюро. ВОЗ также сотрудничает с ЮНЭЙДС и другими ее соучредителями в целях обеспечения больших ресурсов на техническую поддержку, и изучается возможность выделения дополнительных средств на страновой уровень, например из Объединенного бюджета и рабочего плана ЮНЭЙДС.

13. На фоне общего вклада в расширение координации конкретная поддержка ВОЗ национальным мерам по борьбе против СПИДа по-прежнему сосредоточена на

¹ *UNAIDS Technical Support Division of Labour: summary and rationale*, ЮНЭЙДС, август 2005 г.

расширении ключевых медико-санитарных мер для максимального приближения к цели обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, помощи и поддержке к 2010 году. К концу 2006 г. 90 стран представили национальные целевые задания, основанные на показателях результатов, предложенных ЮНЭЙДС. Из этих стран 81 установила целевые задания в отношении лечения и 84 - в отношении по крайней мере одного профилактического мероприятия. ВОЗ работает над составлением технического руководства по установлению целевых заданий конкретно для антиретровирусной терапии, предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку, тестирования на ВИЧ и консультирования, профилактики ВИЧ, лечения и оказания помощи инъекционным наркоманам. Это руководство будет использоваться странами, которые еще не установили целевые задания в этих областях или которые желают принять системный подход к их установлению при рассмотрении или корректировке заданий в отношении различных мероприятий.

14. Исполнительный комитет на своей Сто двадцатой сессии в январе 2007 г. рассмотрел этот доклад о ходе работы¹.

С. ДОКЛАД О НАСИЛИИ И ЗДОРОВЬЕ В МИРЕ: ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ²

15. В резолюции WHA56.24 государствам-членам настоятельно рекомендуется содействовать популяризации *Доклада о насилии и здоровье в мире*, и всем тем, кто еще не сделал этого, назначить в рамках министерства здравоохранения координаторов по предупреждению насилия. В резолюции Генеральному директору предлагается сотрудничать с государствами-членами в разработке научно обоснованной политики и программ для осуществления мер по предупреждению насилия.

16. С 2005 г. число стран, в которых были приняты меры по популяризации этого доклада, увеличилось с 40 до 52; число подготовленных национальных докладов по проблеме насилия увеличилось с четырех до 15; и число координаторов увеличилось вдвое и достигло 100. Страны, которые приступили в сотрудничестве с ВОЗ к осуществлению новых мероприятий по предупреждению насилия, таких как сбор данных, исследования по издержкам насилия, оценка программ профилактики насилия, создание национальных учреждений или целевых групп по профилактике и улучшение системы услуг в интересах жертв, включают: Анголу, Аргентину, Бельгию, Бразилию, бывшую югославскую Республику Македонию, Гватемалу, Германию, Гондурас, Индию, Иорданию, Йемен, Канаду, Кению, Колумбию, Конго, Латвию, Малайзию, Мозамбик, Монголию, Непал, Никарагуа, Объединенную Республику Танзанию, Перу, Российскую Федерацию, Сальвадор, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии,

¹ Документ EB119/2006-EB120/2007/REC/2, протокол тринадцатого заседания Сто двадцатой сессии, раздел 2.

² *Доклад о насилии и здоровье в мире*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г.

Соединенные Штаты Америки, Таиланд, Уганду, Филиппины, Финляндию, Францию, Южную Африку и Ямайку.

17. Некоторые из достигнутых результатов были проанализированы на втором совещании, посвященном основным элементам Глобальной кампании по профилактике насилия (Сан-Франциско, Соединенные Штаты Америки, 19 октября 2005 г.)¹, на котором была также проведена оценка прогресса, достигнутого Альянсом по предупреждению насилия. По итогам этой оценки, Министерство здравоохранения Бельгии и ВОЗ организовали совещание экспертов из 14 стран (Брюссель, 19-20 июня 2006 г.) для обсуждения стратегического направления работы Альянса. На совещании было решено создать рабочую группу высокого уровня по информационно-разъяснительной работе в целях включения проблематики предупреждения насилия в глобальную повестку дня в области развития.

18. В 2005 г. Европейский региональный комитет принял резолюцию EUR/RC55/R9, в которой государствам-членам настоятельно рекомендуется придать работе по профилактике насилия и травматизма приоритетный характер. Впоследствии для согласования общей цели и разработки совместной программы действий были проведены совещания координаторов из 34 государств - членов данного Региона. Ранее в этом году 100 координаторов из 67 стран, которые приняли участие в первом Глобальном совещании координаторов по вопросам профилактики, травматизма и насилия (Дурбан, Южная Африка, 31 марта - 1 апреля 2006 г.), решили создать соответствующую сеть обмена информацией и укрепления национальной политики по профилактике насилия. В ходе последующей консультации около 30 министров здравоохранения или уполномоченные ими представители из 30 африканских стран взяли на себя обязательство придать профилактике насилия более приоритетный характер в своих национальных программах и политике в области здравоохранения, в связи с чем ВОЗ приступила, в контексте этих обязательств, к подготовке доклада по проблеме насилия и здоровью в Африке.

19. Публикации, изданные в 2005 г. и в 2006 г., включают: *WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women (Исследование ВОЗ с участием многих стран по проблеме здоровья женщин и бытового насилия в отношении женщин)*², *Injuries in Europe: why they matter and what can be done (Травматизм в Европе: почему важен этот вопрос и что можно сделать)*³, серия бюллетеней с изложением фактических данных о межличностном насилии и потреблении алкоголя⁴, подборка учебных

¹ *Milestones of a global campaign for violence prevention 2005: changing the face for violence.* Женева, Всемирная организация здравоохранения 2005 г.

² Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Helse L, Watts C. *WHO multi-country study on women's health and domestic violence: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses.* Женева, Всемирная организация здравоохранения 2005 г.

³ Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P. *Injuries in Europe: why they matter and what can be done.* Копенгаген, Европейское региональное бюро, 2006 г.

⁴ Доступен на веб-сайте: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/index.html

материалов по профилактике насилия и травматизма¹, *Developing policies to prevent injuries and violence (Разработка политики в целях профилактики травматизма и насилия)*² и *Prehospital trauma care systems (Системы оказания помощи в случае травм на предбольничном этапе)*³.

20. Вместе с управлением Верховного комиссара по правам человека и ЮНИСЕФ ВОЗ представила данные и технические материалы для подготовки исследования Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по вопросам насилия против детей. Этот доклад был представлен Генеральной Ассамблее 11 октября 2006 года. Последующая деятельность ВОЗ будет сосредоточена на оказании поддержки странам в их работе по применению руководства под названием "*Профилактика жестокого обращения с детьми: руководство по принятию мер и сбору фактических данных*"⁴.

21. В 2006 г. Секретариат учредил Целевую группу по предупреждению полового насилия и насилия со стороны интимного партнера, которая разработает проект глобального плана действий в целях предупреждения насилия со стороны интимного партнера и полового насилия. В ходе экспертных консультаций, которые запланировано провести 2-3 мая 2007 г., будут подготовлены материалы для использования в плане.

22. Прогресс в работе по профилактике насилия привел к более широкому применению на уровне стран рекомендаций ВОЗ по профилактике насилия. Для обеспечения дальнейшего прогресса необходимо активизировать поддержку работы по осуществлению руководящих принципов ВОЗ на страновом уровне, в том числе инвестирование средств в проведение оценки результатов. Этот процесс стимулируется проводимыми два раза в год обзорными совещаниями Глобальной кампании по предупреждению насилия. Следующее совещание состоится в июле 2007 г. в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии.

23. Исполнительный комитет на своей Сто двадцатой сессии принял к сведению изложенный выше доклад о ходе работы⁵.

¹ Доступен на веб-сайте: http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/teach_vip/en/index.html

² Schopper D, Lormand JD, Waxweiler R (Eds). *Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners*. Женева, Всемирная организация здравоохранения 2006 г.

³ Sasser S, Varghese M, Kellermann A, Lormand JD. *Prehospital trauma care systems*. Женева, Всемирная организация здравоохранения 2005 г.

⁴ World Health Organization, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Женева, Всемирная организация здравоохранения 2006 г.

⁵ См. документ EB119/2006-EB120/2007/REC/2, протокол тринадцатого заседания Сто двадцатой сессии Исполкома, раздел 2.

**D. СОДЕЙСТВИЕ ПОВЫШЕНИЮ ДОРОЖНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ И
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА
(резолюция WHA57.10)**

24. В резолюции WHA57.10 содержится настоятельный призыв к государствам-членам мобилизовать усилия своего сектора общественного здравоохранения, назначив координационный центр по предупреждению и уменьшению отрицательных последствий аварий на дорогах, который будет координировать ответные меры общественного здравоохранения в областях эпидемиологии, профилактики и пропаганды, а также обеспечивать связь с другими секторами. Ассамблея здравоохранения приняла также 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. Она также предложила Генеральному директору сотрудничать с государствами-членами в разработке научно обоснованной политики и программ в области общественного здравоохранения для осуществления мер по предупреждению дорожно-транспортного травматизма.

25. В соответствии с полномочиями, данными ей Генеральной Ассамблеей, ВОЗ координирует работу группы по Сотрудничеству Организации Объединенных Наций по безопасности дорожного движения, в которую входят более 40 правительственных и неправительственных организаций, доноров, исследовательских учреждений и частных компаний и которая проводит свои совещания два раза в год. Члены этой группы сосредоточивают свои усилия на выполнении рекомендаций, содержащихся во *Всемирном докладе о предупреждении дорожно-транспортного травматизма*¹. Деятельность включает созыв региональных конференций по дорожной безопасности; пропаганду; и создание под руководством Всемирного банка Глобальной системы по безопасности дорожного движения. Консорциум членов разрабатывает ряд руководств по надлежащей практике осуществления профилактических мер.

26. Вьетнам, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Малайзия и Таиланд в 2006 г. опубликовали на нескольких языках руководство по увеличению использования мотоциклетных шлемов.² В 2007 г. планируется провести больше семинаров. Второе руководство по вопросам, связанным с управлением автотранспортными средствами в нетрезвом виде, будет выпущено в апреле 2007 года. Составляются следующие руководства по сбору данных, скорости, ремням безопасности и учреждению лидирующего учреждения по вопросам дорожной безопасности.

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

² *Helmets: roads safety manual for decision-makers and practitioners*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.

27. Три региональных совещания по дорожной безопасности¹, проведенные при поддержке ВОЗ, повысили внимание к дорожной безопасности и призвали к конкретным действиям. Кроме того, в 2006 г. ВОЗ созвала первое глобальное совещание и несколько региональных совещаний координаторов министерств здравоохранения по предупреждению травматизма и насилия.

28. ВОЗ продолжает оказывать техническую поддержку странам с низкими и средними доходами в укреплении систем сбора данных для объединения всех данных о дорожно-транспортном травматизме, программах первичной профилактики и неотложной помощи при травмах.

29. ВОЗ оказывает поддержку созданию потенциала. В 2006 г. она выпустила учебное руководство по предупреждению дорожно-транспортного травматизма², которое используется в ряде стран, продолжает оказывать поддержку в осуществлении в более чем в 60 странах учебной программы по предупреждению травматизма. Она также оказывает помощь исследованиям посредством разработки методов оценки распространенности использования шлемов и ремней безопасности в странах с низкими и средними доходами, а также посредством технической и финансовой поддержки Сети исследований в области дорожно-транспортного травматизма - глобального партнерства в этой области в странах с низкими и средними доходами.

30. Признавая, что улучшение оказания помощи при травмах и неотложной помощи является важной частью широкой профилактики дорожно-транспортного травматизма, ВОЗ осуществляет сотрудничество с группой специалистов для составления руководящих принципов в этой области и содействия их применению.

31. В области пропаганды в соответствии с резолюцией 60/5 Генеральной Ассамблеи ВОЗ сотрудничает с региональными комиссиями Организации Объединенных Наций над организацией Первой глобальной недели дорожной безопасности Организации Объединенных Наций (23-29 апреля 2007 г.).

32. Повышение информированности, составление руководящих принципов и включение рекомендаций о предупреждении дорожно-транспортного травматизма в политические процессы привели к значительным достижениям, однако эту деятельность необходимо усилить. Государствам-членам необходимо продолжить инвестировать в улучшение сбора межсекторальных данных и в усилия по профилактике, как это указано во *Всемирном докладе о предупреждении дорожно-транспортного травматизма*.

¹ В Регионах стран Африки, Восточного Средиземноморья и Америки.

² *Road traffic injury prevention: training manual*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.

Е. ИНВАЛИДНОСТЬ, ВКЛЮЧАЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ, ВЕДЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЮ (резолюция WHA58.23)

33. Во исполнение резолюции WHA58.23 ВОЗ разработала план действий по инвалидности и реабилитации на период 2006-2011 гг.¹, который включает девять ключевых направлений деятельности, содействующих осуществлению указанной резолюции.

34. Работа в этой области была начата с подготовки доклада об инвалидности и реабилитации в мире посредством найма на работу соответствующих сотрудников и создания редакционного и консультативного комитетов. Редакционный комитет в составе девяти экспертов из различных регионов поставил задачи, определил целевой контингент пользователей, установил порядок разработки и определил структуру проекта и основное содержание доклада. Проект доклада будет рассмотрен на региональных консультациях в 2008 г., а презентацию доклада планируется организовать в 2009 году. В этой связи были определены данные, касающиеся инвалидности и реабилитации, а также терминология, которая должна быть включена в доклад.

35. В целях оказания помощи в укреплении национальных программ реабилитации были разработаны проекты двух сводов руководящих принципов: по обеспечению кресел-каталок с ручным приводом в местах с нехваткой ресурсов и по реабилитации на уровне общины. Первый свод принципов, предусматривающий распределение и техническое обслуживание кресел-каталок, был рассмотрен на совещании экспертов (Бангалор, Индия, 6-11 ноября 2006 г.) и будет издан в 2007 году. Второй свод будет опробован на местах и отрецензирован в 2007 г. и будет издан в 2008 году. К разработке этих руководящих принципов привлечены организации системы Организации Объединенных Наций, неправительственные организации и организации инвалидов.

36. Межстрановое совещание (Каир, 2-4 мая 2006 г.) рассмотрело осуществление принятых Организацией Объединенных Наций стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов в области здравоохранения в Регионе Восточного Средиземноморья.

37. На первом Континентальном конгрессе по реабилитации на уровне общины (Сантьяго, 22-24 ноября 2006 г.) участники из 15 латиноамериканских стран обменялись опытом и уроками, извлеченными в ходе осуществления мероприятий, способствующих обеспечению равных возможностей для инвалидов и их всестороннего вовлечения в жизнь общества. В результате этого в настоящее время создается латиноамериканская сеть по улучшению координации работы в области реабилитации на уровне общины.

38. ВОЗ оказала техническую поддержку по укреплению национальных служб реабилитации в странах Африканского региона и Региона Восточного Средиземноморья. Она также приступила к реализации двух научно-исследовательских проектов в сотрудничестве с различными партнерами из числа академических и других учреждений:

¹ Документ NMH/VIP/DAR/2005/1.

одного - по экономической эффективности медико-санитарных мероприятий по реабилитации и их воздействию на сокращение масштабов нищеты и второго - по воздействию технических средств оказания помощи инвалидам на снижение остроты проблемы нищеты.

39. В комплексную электронную учебную программу TEACH-VIP по профилактике травматизма и борьбе с ним, предназначенную для широкого контингента лиц, обучающихся навыкам работы в этой области, был включен раздел, посвященный проблеме инвалидности и реабилитации. В июне 2007 г. в Исламской Республике Иран будет проведена программа обучения инструкторов для руководителей общинных центров реабилитации.

40. ВОЗ принимала активное участие в работе совещаний специального комитета, которому была поручена разработка Конвенции по правам инвалидов, принятая 13 декабря 2006 г. Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций. ВОЗ будет продолжать предоставлять государствам-членам соответствующую информацию в порядке руководства работой по осуществлению Конвенции.

41. Исполнительный комитет рассмотрел предварительный вариант вышеупомянутого доклада о ходе работы на своей Сто восемнадцатой сессии в мае 2006 года¹.

Г. ПРОФИЛАКТИКА РАКА И БОРЬБА С НИМ (резолюция WHA58.22): РАК ШЕЙКИ МАТКИ

42. На рак шейки матки, который хотя и поддается профилактике, но является распространенным видом рака среди женщин, в 2005 г. приходилось до 500 000 новых случаев заболевания и до 257 000 случаев смерти, причем более чем 90% таких случаев происходит в странах с низкими и средними доходами, где доступ к скринингу на рак шейки матки и лечению, а также к службам паллиативной помощи часто отсутствует или является недостаточным. Согласно прогнозам ВОЗ, число случаев смерти от рака шейки матки увеличится до 320 000 в 2015 г. и до 435 000 в 2030 году. Рак шейки матки вызывается распространенными инфекциями, передаваемыми половым путем, канцерогенными видами вируса папилломы человека (ВПЧ). Патогенез может эволюционировать в течение периода от 10 до 20 лет от предраковых поражений до инвазивного рака и смерти.

43. После принятия резолюции WHA57.12 о репродуктивном здоровье и резолюции WHA58.22 о профилактике рака и борьбе с ним Секретариат составил план действий по борьбе против рака шейки матки. Этот план основан на всестороннем подходе, охватывающем первичную профилактику, раннее выявление и скрининг, лечение

¹ См. документ EBSS-EB118/2006/REC/1, протокол четвертого заседания Сто восемнадцатой сессии, раздел 5.

и паллиативную помощь под эгидой национальных программ борьбы против рака¹, для содействия которому ВОЗ работает с основными участниками, включая ЮНФПА и МАГАТЭ.

44. Также, в соответствии с резолюцией WHA58.22, рекомендуется осуществлять профилактику рака шейки матки и борьбу с ним² посредством пропаганды использования презервативов и осуществления систематического скрининга для выявления предраковых поражений и инвазивного рака, а также для определения правильного ведения заболевания. Цитологический скрининг на рак шейки матки продемонстрировал эффективность для сокращения заболеваемости и смертности, однако этот метод требует надлежащей инфраструктуры медико-санитарных служб, технических ресурсов и четкой системы направления в службы лечения. Альтернативные методы скрининга, более подходящие для стран с недостаточными ресурсами, такие как визуальный осмотр с обработкой раствором уксусной кислоты и с последующей криотерапией, в настоящее время находятся на стадии изучения³, и в порядке дальнейшего ответа на резолюцию WHA58.22 программа оперативных исследований внедряет эти методы в различных африканских странах.

45. В соответствии с требованием резолюции WHA58.22, оказывается также содействие прикладным исследованиям вакцины против рака шейки матки. Новая вакцина против ВПЧ и еще одна, находящаяся на продвинутой стадии клинических испытаний, доказали эффективность в предупреждении от 65% до 76% инфекций и поражений, вызываемых вирусами, в зависимости от местной распространенности канцерогенных видов вируса папилломы человека⁴. Были выявлены препятствия для осуществления и пробелы в исследованиях⁵. Необходимо разработать новые стратегии доставки, включая те, которые интегрируют вакцины против ВПЧ в существующие программы, способствуют профилактике рака, укреплению репродуктивного, сексуального здоровья и здоровья подростков, а также иммунизации. Например, нынешние программы ВОЗ по регулярной иммунизации ориентированы, главным образом, на детей в возрасте младше одного года, а вакцина против ВПЧ предназначена для девочек предпубертатного возраста, и охват иммунизацией в будущем может быть распространен на мальчиков. Поэтому затраты на доставку, вероятно, будут выше в дополнение к уже высоким расходам на саму вакцину, хотя и ожидается, что изготовители вакцин будут практиковать установление дифференцированных цен, и следует разработать процессы для ускорения обеспечения

¹ *Cancer control knowledge into action. WHO guide for effective programmes: Module 1 - Planning.* Geneva, World Health Organization, 2006.

² *Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice.* Женева, Всемирная организация здравоохранения 2006 г.

³ *Cervix cancer screening.* IARC Handbooks of cancer prevention Vol. 10. Lyon, IARC Press, 2005.

⁴ WHO, UNFPA. *Preparing for the introduction of HPV vaccines: policy and programme guidance for countries.* Женева, Всемирная организация здравоохранения 2006 г.

⁵ *Human papillomavirus and HPV vaccine: key technical information.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, в печати.

доступности. Кроме того, использование этой вакцины поднимает чувствительные в культурном отношении вопросы, такие как сексуальное поведение, инфекции, передаваемые сексуальным путем, и генитальный рак, усложняя осуществление. И наконец, устойчивое финансирование будущих программ по вакцине против ВПЧ необходимо рассмотреть в контексте финансирования программ скрининга, так как сокращение заболеваемости и смертности от рака невозможно измерить раньше, чем через 10-30 лет после внедрения вакцины.

46. Решение о том, стоит ли и когда внедрять вакцину против ВПЧ, будет зависеть от национальной политики, учитывающей бремя заболеваний раком шейки матки, уровень риска воздействия вируса папилломы человека, эффективность затрат мероприятий и стратегии осуществления. Внедрение вакцин против ВПЧ дает также возможность усилить мероприятия по иммунизации после раннего детского возраста, включая назначение бустерных доз и новых вакцин детям и подросткам, а также предоставить другие медицинские вмешательства этой возрастной группе. Важным элементом любого плана борьбы с раком шейки матки является мониторинг и оценка с помощью регистра раковых заболеваний. Обеспечение всеобщего и справедливого доступа к службам профилактики, скрининга и лечения и паллиативной помощи при раке шейки матки будет иметь ключевое значение для сокращения бремени заболеваний раком шейки матки во всем мире.

47. Исполнительный комитет на своей Сто двадцатой сессии принял к сведению изложенный выше доклад¹.

G. ОБЕСПЕЧЕНИЕ УСТОЙЧИВОЙ ЛИКВИДАЦИИ НАРУШЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЙОДА (резолюция WHA58.24)

48. В течение последних двух лет был достигнут определенный прогресс в деле ликвидации нарушений, связанных с недостаточностью йода, в результате чего число государств-членов, в которых эти нарушения представляют собой одну из проблем общественного здравоохранения, продолжает снижаться. В течение этого периода 41 страна представила новые национальные данные. С 1993 г. число стран, в которых проводятся национальные оценки в этой области, увеличилось с менее чем 10 до 75 в 2004 г. и до 94 в 2006 году. В настоящее время данные обследований, касающихся недостаточности йода, охватывают 91,1%² мирового населения. Такие данные отсутствуют по 63 странам, на которые приходится 8,9% мировой численности населения. В 47 из 130 стран, в которых проводятся оценки на национальном или субнациональном уровне, нарушения, обусловленные недостаточностью йода, до сих пор представляют

¹ См. документ EB119/2006-EB120/2007/REC/2, протокол тринадцатого заседания Сто двадцатой сессии Исполкома, раздел 2, а также протокол восьмого заседания, раздел 2.

² Это обследование охватывает детей школьного возраста - возрастная группа, используемая в качестве косвенного показателя оценки нарушений, вызванных недостаточностью йода, среди населения в целом.

собой одну из проблем общественного здравоохранения по сравнению с 54 в 2004 г. и 126 в 1993 году. Прием йода считается "достаточным" или "превышающим" рекомендуемый уровень приема с питательными веществами в 76 странах и "чрезмерным" в семи странах, что подвергает уязвимые группы риску гипертиреоза¹. По сравнению с 2004 г., затронутое этой проблемой население, численность которого выражается в виде процентной доли от общей численности населения, снизилась в 2006 г. на 4,6%, однако численность людей с недостаточным приемом йода остается стабильной на уровне приблизительно двух миллиардов человек. При этом наиболее затронутыми районами остаются Юго-Восточная Азия и Европа.

49. Предпочтительной стратегией борьбы с нарушениями, обусловленными недостаточностью йода, является метод повсеместной йодизации соли. В сообществах, подвергающихся высокому риску, которые не могут получить доступ к йодированной соли, рекомендуется использовать йодированное масло, особенно для подверженных групп населения, таких как беременные женщины и дети младшего возраста. По оценкам, в настоящее время 70% домашних хозяйств имеют доступ к йодированной соли; эта доля превышает 90% в 33 странах², по сравнению с 28 в 2004 году. В большинстве стран использование йодированной соли в обработанных пищевых продуктах необязательно и не регулируется.

50. Устойчивость программ борьбы имеет исключительно важное значение, что предполагает необходимость проведения - в качестве основной части работы - мониторинга и оценки воздействия с целью убедиться в том, что медико-санитарные мероприятия эффективны и безопасны. Новые средства мониторинга программ включают использование новых контрольных данных для определения степени разрастания щитовидной железы методом ультразвуковой эхографии и проведения полевых испытаний для измерения концентрации сыворотки тиреоглобулина. Кроме того, группа экспертов, созданная ВОЗ, ЮНИСЕФ и Центрами профилактики болезней и борьбы с ними (Соединенные Штаты Америки), разработала рекомендации по повышению надежности тест-наборов, используемых для контроля йодированной соли. В последнее время были пересмотрены руководящие принципы разработки показателей оценки и мониторинга программ борьбы. Начиная с 2001 г. в целях анализа результатов достижения цели борьбы с нарушениями, обусловленными недостаточностью йода, ВОЗ и ЮНИСЕФ, при

¹ Страны подразделяются на три группы: "достаточный прием йода" (UI 100-199 мг/л), "прием йода, превращающий рекомендованный выше уровень приема с питательными веществами" (UI 200-299 мг/л) и "чрезмерный прием йода" (UI > 300 мг/л), то есть прием, превышающий количество, требуемое для профилактики нарушений, обусловленных недостаточностью йода, и борьбы с ними.

² Аргентина, Армения, Белиз, Бутан, Боливия, Болгария, Бурунди, Чили, Китай, Колумбия, Коста-Рика, Хорватия, Эквадор, Иран (Исламская Республика), Ямайка, Кения, Ливан, Лесото, Ливийская Арабская Джамахирия, Мексика, Никарагуа, Нигерия, Панама, Перу, Руанда, Сент-Китс и Невис, Шри-Ланка, бывшая Югославская Республика Македония, Тунис, Туркменистан, Уганда, Венесуэла (Боливарская Республика), Зимбабве.

технической поддержке Международного совета по борьбе с нарушениями, обусловленными недостаточностью йода, рассмотрели 17 национальных программ¹.

51. Опыт стран свидетельствует о том, что для обеспечения устойчивости программ борьбы важное значение приобретает обеспечение соблюдения нормативных актов по йодированной соли и сотрудничество между секторами. Из тех стран, в которых нарушения, обусловленные недостаточностью йода, представляют собой одну из проблем общественного здравоохранения, большинство (81%) создали у себя соответствующий национальный межведомственный орган. В рамках Сети по устойчивой ликвидации недостаточности йода, созданной в целях поддержки национальной работы по укреплению сотрудничества между государственным и частным секторами и научными организациями и организациями гражданского общества, были проведены региональные конференции² для мобилизации помощи и укрепления сотрудничества с заинтересованными сторонами. В рамках этой Сети была также проведена работа по оказанию помощи в анализе национальных программ, а в настоящее время разрабатывается соответствующий информационный план по мобилизации представителей директивных органов и органов здравоохранения для привлечения их внимания к важности проблемы недостаточности йода.

52. В течение двух последних лет продолжалась работа по борьбе с недостаточностью йода в целях обеспечения устойчивости программ борьбы в 76 странах, в которых прием йода является достаточным, улучшения мониторинга в 7 странах, в которых прием является чрезмерным и укрепление программ в остальных 47 странах, для которых все еще характерна недостаточность йода. Основные трудности включают недостаточный уровень мониторинга программ, недостаточный уровень концентрации йода в соли, трудности с обеспечением йодированной солью наиболее уязвимых групп населения, отсутствие поддержки со стороны соляной промышленности и слабое обеспечение соблюдения соответствующих нормативных актов.

53. Список стран с достаточным приемом йода или с приемом выше рекомендованного уровня за период 1993-2006 гг. можно получить по запросу.

Н. УКРЕПЛЕНИЕ АКТИВНОЙ И ЗДОРОВОЙ СТАРОСТИ (резолюция WHA58.16)

54. В резолюции WHA58.16 Ассамблея здравоохранения предложила Генеральному директору принимать и осуществлять меры по поддержке ряда мероприятий в целях укрепления работы Организации по вопросам активной и здоровой старости и представить

¹ Армения, Бутан, Болгария, бывшая Югославская Республика Македония, Вьетнам, Гаити, Индонезия, Камбоджа, Китай, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Малайзия, Монголия, Нигерия, Панама, Перу, Таиланд, Туркменистан.

² В Сенегале (Дакар, 2004 г.), Перу (Лима, 2003 г.) и Китае (Пекин, 2003 г.); организаторами этих конференций выступили, в частности ВОЗ и ЮНИСЕФ.

на Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет доклад о ходе работы.

55. Секретариат разработал инициативы с участием государств-членов и профессиональных, академических и неправительственных организаций в целях повышения осведомленности во всем мире о проблемах общественного здравоохранения, связанных со старением населения. Например, в рамках межсекторального проекта под названием "Города, благоприятствующие людям пожилого возраста", который осуществляется в 27 городах в 18 странах¹, используется общий протокол определения качества параметров, который позволяет пожилым людям определять приоритетные мероприятия, которые могли бы придать городским условиям характер, в большей степени благоприятствующий людям пожилого возраста.

56. ВОЗ содействует осуществлению Мадридского международного плана действий по проблемам старения, используя для этого общие принципы политики в области активного старения, которые определяют активную старость как "процесс оптимизации возможностей для укрепления здоровья, участия и безопасности в целях повышения качества жизни по мере старения населения"². Принципы и рекомендации в отношении действий, содержащиеся в этом документе, были приняты на глобальном уровне государствами-членами и ведущими академическими, специализированными и неправительственными организациями. Вышеупомянутые общие принципы строятся на подходе в расчете на весь жизненный цикл, в котором упор делается не столько на делении пожилого населения на возрастные группы, сколько на решении проблем старения на всех этапах жизни. В соответствии с этим укрепляется работа по включению проблемы старения во все мероприятия и программы ВОЗ.

57. В настоящее время ВОЗ сотрудничает с академическими учреждениями и правительственными ведомствами из Австралии, Бразилии, Испании, Канады, Коста-Рики, Сингапура, Турции и Ямайки в целях адаптации потенциала первичной медико-санитарной помощи для удовлетворения потребностей пожилых людей. Результаты этой работы включают широкое распространение документов, в которых излагаются принципы и предусматриваются действия в следующих областях: основные виды компетенции, физическое окружение и административные процедуры. В пяти из вышеупомянутых стран применяются в экспериментальном порядке методические указания по способам создания в центрах первичной медико-санитарной помощи условий, более благоприятных для пожилых людей.

58. ВОЗ осуществила в 18 странах проект многоэтапных, качественных и количественных исследований под названием "Комплексные меры систем здравоохранения в ответ на быстрое старение населения в развивающихся странах",

¹ Австралия, Аргентина, Бразилия, Германия, Индия, Ирландия, Испания, Канада, Китай, Коста-Рика, Мексика, Пакистан, Российская Федерация, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Турция, Швейцария, Ямайка и Япония.

² Документ WHO/NMH/NPH/02.8.

который направлен на создание потенциала, обмен примерами и опытом в контексте отношений "Юг-Юг", принятие подходов "снизу-вверх" и разработку и осуществление соответствующей политики.

59. Для разработки действенных, надежных и сопоставимых методов обследования в целях анализа характера состояния здоровья и благосостояния пожилых людей ВОЗ подготовила Исследование по глобальной проблематике старения и здоровья пожилых людей, которое осуществляется в шести странах¹. Оно является первым международным обследованием по многим параметрам на базе общин по проблемам старения. Как ожидается, предусмотренные им методы будут использоваться при проведении других исследований в мире.

60. Для обеспечения оптимального использования ограниченных ресурсов Секретариат, включая сотрудников региональных и страновых бюро, концентрирует работу на небольшом числе проектов в приоритетных, но пока еще забытых областях. Эта работа проводится в сотрудничестве с другими специализированными учреждениями системы Организации Объединенных Наций и международными неправительственными организациями, обеспечивая, тем самым, межсекторальную направленность действий. Эта работа проводится по следующим направлениям: пожилые люди в чрезвычайных ситуациях; профилактика падений в преклонном возрасте; женщины, старение и здоровье в преломлении к гендерной проблематике; содержание минимальной учебной программы по вопросам старения для специалистов-медиков; и пожилые люди, обеспечивающие уход в условиях эпидемии СПИДа в Африке.

61. Исполнительный комитет на своей Сто двадцатой сессии рассмотрел изложенный выше доклад, подтвердил свою поддержку резолюции и выразил удовлетворение ходом ее выполнения².

I. ГОТОВНОСТЬ К ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ И ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ (резолюция WHA59.22)

62. В резолюции WHA59.22 Ассамблея здравоохранения предложила Генеральному директору оказывать поддержку государствам-членам в создании программ готовности их сектора здравоохранения к чрезвычайным ситуациям и ответных мер на национальном и местном уровнях, работая в сотрудничестве с соответствующими организациями системы Организации Объединенных Наций и другими партнерами, и проинформировать Шестидесятую сессию Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет о достигнутом прогрессе.

¹ Гана, Индия, Китай, Мексика, Российская Федерация и Южная Африка.

² См. документ EB119/2006-EB120/2007/REC/2, протокол тринадцатого заседания Сто двадцатой сессии Исполкома, раздел 2.

63. Завершена разработка рассчитанной на пять лет стратегии ВОЗ по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и уменьшению риска, которая сосредоточена на секторе здравоохранения и создании потенциала в общинах. Определены четыре приоритетные области: (1) институционализация программ обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям в министерствах здравоохранения; (2) развитие кадровых ресурсов; (3) создание национального потенциала для немедленного оказания медицинской и здравоохранительной помощи после крупных чрезвычайных ситуаций и внезапных бедствий; и (4) поддержка инициатив, основанных на общинах.

64. Для предоставления государствам-членам возможностей по ликвидации существующих пробелов в реагировании на чрезвычайные ситуации ВОЗ подготовила управленческие и технические руководства по ведению случаев массовых жертв в соответствии с рекомендациями консультации экспертов, состоявшейся в сентябре 2006 года. Другие инициативы включают подготовку руководства по ведению хронических болезней и охране здоровья матерей и новорожденных в чрезвычайных ситуациях.

65. Начата глобальная оценка уровня готовности к чрезвычайным ситуациям в государствах-членах. Завершен этап I с участием 60 стран; в ноябре 2006 г. начат этап II. Доклад будет в наличии в марте 2007 года.

66. Инициатива по безопасным больницам разрабатывается совместно с Международной стратегией Организации Объединенных Наций по уменьшению опасности стихийных бедствий и Всемирным банком в качестве части Хиогской рамочной программы¹, подготавливаемой для Кампании по безопасным больницам на 2008-2009 годы.

67. ВОЗ является активным членом Межучрежденческого постоянного комитета ООН и Исполнительного комитета по гуманитарным вопросам, а также активным партнером Управления ООН по координации гуманитарной деятельности и участвует в процессе реформ гуманитарной деятельности. Она является ведущим учреждением Секторальной группы по вопросам здравоохранения Межучрежденческого постоянного комитета, сопредседательствует в его Целевой группе по гендерным вопросам и гуманитарной помощи, в его Целевой группе по психическому здоровью и психосоциальной поддержке и участвует в его Специальной рабочей группе по укреплению системы координаторов по гуманитарным вопросам. План действий для глобальной секторальной группы по вопросам здравоохранения осуществляется в координации с другими партнерами. Этот план охватывает вопросы подготовки, оценок общих потребностей в области здравоохранения, скоординированных ответных мер и комплект медицинских руководств, а также службу отслеживания в области здоровья и питания.

68. Служба отслеживания здоровья и питания была предметом подробных консультаций с основными заинтересованными участниками. Окончательное проектное предложение

¹ Хиогская рамочная программа действий на 2005-2015 гг.: создание потенциала противодействия бедствиям на уровне государств и общин, принятая на Всемирной конференции по уменьшению опасности бедствий (Кобе, Япония, 18-22 января 2005 г.).

было одобрено секторальными группами по вопросам здравоохранения и питания Межучрежденческого постоянного комитета и было официально поддержано его Рабочей группой. С тех пор состоялись широкие обсуждения с другими потенциальными партнерами. Осуществление начнется, как только будут в наличии средства. Было предложено провести первое совещание Руководящего комитета службы отслеживания в марте 2007 года. Осуществление начнется в течение первой половины 2007 года.

69. Кластерный подход к здравоохранению был осуществлен в Ливане, Мозамбике и Филиппинах и в настоящее время осуществляется в Демократической Республике Конго, Либерии, Сомали и Уганде.

70. ВОЗ сотрудничала с Международной федерацией обществ Красного Креста и Красного Полумесяца в создании системы оценки и мониторинга воздействия мер по восстановлению после цунами в Юго-Восточной Азии.

71. На Африканском Роге ВОЗ предпринимала практические действия по обеспечению получения сектором здравоохранения основных преимуществ от нового Центрального чрезвычайного фонда реагирования для удовлетворения гуманитарных потребностей наиболее уязвимых групп населения в Джибути, Эритрее, Эфиопии, Кении и Сомали. Успешное осуществление грантов в таких ситуациях дало возможность Фонду оказать помощь в общей сложности 20 странам во всем мире, включая 13 стран в Африканском регионе, посредством своих грантов для быстрого реагирования и недостаточного чрезвычайного реагирования.

72. ВОЗ участвует в общих для системы Организации Объединенных Наций механизмах, предназначенных для материально-технического обеспечения и снабжения. Работа в этой области осуществляется посредством участия Организации в Кластере материально-технического обеспечения Межучрежденческого постоянного комитета, Объединенном центре материально-технического обеспечения ООН и в разработке Системы материально-технического обеспечения. В 2006 г. целенаправленные переговоры с ВПП привели к двусторонним соглашениям о привилегированном доступе к логистическим возможностям ВПП для быстрого реагирования ВОЗ на чрезвычайные ситуации, а также об общем использовании пяти региональных узлов материально-технического обеспечения для целей здравоохранения и совместном проектном предложении о мобилизации внешних ресурсов. Соответствующие Технические соглашения были подписаны в ноябре 2006 года.

73. Исполнительный комитет на его Сто двадцатой сессии в январе 2007 г. принял к сведению доклад о ходе работы¹.

J. СНИЗИТЬ ГЛОБАЛЬНУЮ СМЕРТНОСТЬ ОТ КОРИ

¹ См. документ EB119/2006-EB120/2007/REC/2, протокол тринадцатого заседания Сто двадцатой сессии, раздел 2.

74. В резолюции WHA56.20 Ассамблея здравоохранения подчеркнула необходимость достижения цели сокращения к 2005 г. наполовину смертности от кори, по сравнению с уровнем 1999 года. Мероприятия, направленные на сокращение смертности от кори, сосредоточены на 47 приоритетных странах, на которые приходится около 98% смертных случаев от кори в мире.

75. Смертность от кори во всем мире снизилась с приблизительно 873 000 случаев смерти в 1999 г. до 345 000 в 2005 г., что представляет собой снижение на 60% (см. Рисунок 1). Таким образом, цель снижения наполовину смертности, вызываемой корью, не только достигнута, но и превзойдена, и цифры показывают, что благодаря более активным усилиям по борьбе против болезни было предупреждено 2,3 миллиона случаев смерти. В Африке, регионе с наиболее высоким бременем этого заболевания, смертность, вызываемая корью, снизилась на 75% с примерно 506 000 в 1999 г. до 126 000 в 2005 году.

76. В течение того же периода 1999-2005 гг. охват рутинной противокоревой иммунизацией во всем мире возрос с 71% до 77%, хотя процент охвата по различным географическим регионам отличается. Кроме того, имеет место заметное увеличение числа стран, где повсеместно предлагается еще одна возможность иммунизации против кори: по состоянию на сентябрь 2006 г., 175 (91%) государств-членов предоставили вторую возможность иммунизации детей по сравнению с 125 (65%) в 1999 году. Из числа 47 приоритетных стран 37 (79%) завершили к настоящему моменту национальные кампании подчищающей иммунизации.

77. Этот выдающийся успех в области охраны здоровья является прямым результатом:

- неуклонной политической решимости в стране и упорной работы правительств и их партнеров по более активному обеспечению рутинной иммунизации детей
- общенациональных кампаний вакцинации против кори, проводимых в странах, имеющих значительное бремя заболеваний, связанное с корью, и в которых более 360 миллионов детей вакцинированы против кори в течение периода 2000-2005 гг.
- предоставления технической и финансовой поддержки со стороны Партнерства по инициативе в отношении кори¹
- активизации эпиднадзора с использованием лабораторного подтверждения за подозреваемыми случаями заболевания корью.

78. Цель состоит в том, чтобы опираясь на эти достижения снизить глобальную смертность от кори на 90% к 2010 г. по сравнению с уровнем 2000 года². Для того чтобы

¹ Ведущими партнерами по Инициативе в отношении кори являются ВОЗ, ЮНИСЕФ, Американский Красный Крест, Центры борьбы против заболеваний и профилактики (Атланта, Джорджия, Соединенные Штаты Америки) и Фонд Организации Объединенных Наций.

² Цель снижения глобальной смертности от кори на 90% к 2010 г. или раньше является частью Глобального видения и стратегии иммунизации 2006-2015 гг., которые были одобрены Ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA58.15.

достичь этой новой цели, потребуется преодолеть целый ряд препятствий, исходя из нижеследующего:

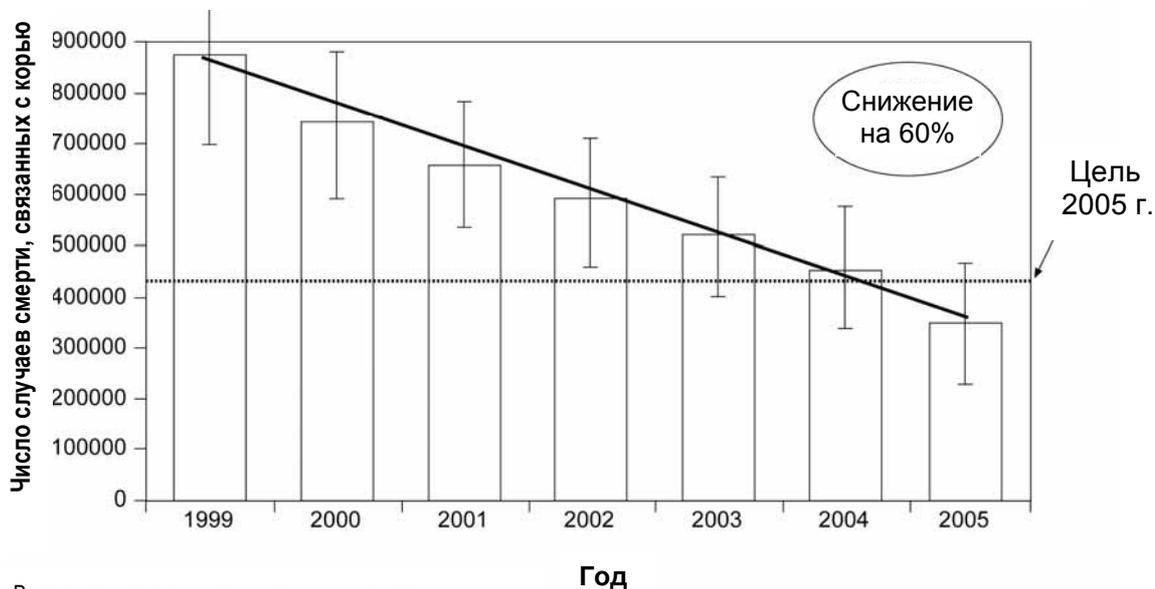
- необходимо активизировать усилия, чтобы по крайней мере 90% контингента детей, родившихся в одном и том же году, были вакцинированы против кори в соответствии с национальными схемами иммунизации; согласно оценкам ВОЗ/ЮНИСЕФ, более 29 миллионов детей в возрасте одного года не получили свою дозу коревой вакцины в рамках рутинной вакцинации в 2005 г. (Рисунок 2)
- многонаселенным странам, где по-прежнему отмечается большое количество смертных случаев, связанных с корью, для снижения смертности от кори следует проводить "подчищающие" кампании
- в высокоприоритетных странах должны продолжаться завершающие кампании вакцинаций через каждые три или четыре года до тех пор, пока в рамках систем рутинной иммунизации всем детям не будет производиться две прививки против кори
- полевой эпиднадзор в сочетании с лабораторным подтверждением подозреваемых случаев кори необходимо распространить на все приоритетные страны, с тем чтобы добиваться действенного мониторинга.

79. Успешное снижение глобальной смертности от кори на 90% к 2010 г. будет зависеть от развития и сохранения неуклонной политической решимости в странах с высоким бременем заболеваемости и от неустанной поддержки со стороны международных партнеров. Для достижения цели 2010 г., помимо усилий стран, необходимо 479 млн. долл. США; из этой суммы 147 млн. долл. США было собрано при помощи международного финансового механизма в поддержку программ иммунизации, и дополнительные 80 млн. долл. США обязались внести партнеры по Инициативе в отношении кори.

80. Приведенный выше доклад о ходе работы был принят к сведению Исполнительным комитетом на его Сто двадцатой сессии¹.

¹ См. документ EB119/2006-EB120/2007/REC/2, протокол тринадцатого заседания Сто двадцатой сессии Исполкома, раздел 2.

Рисунок 1. Расчетное снижение глобальной смертности от кори, все возрасты, 1999-2005 гг.

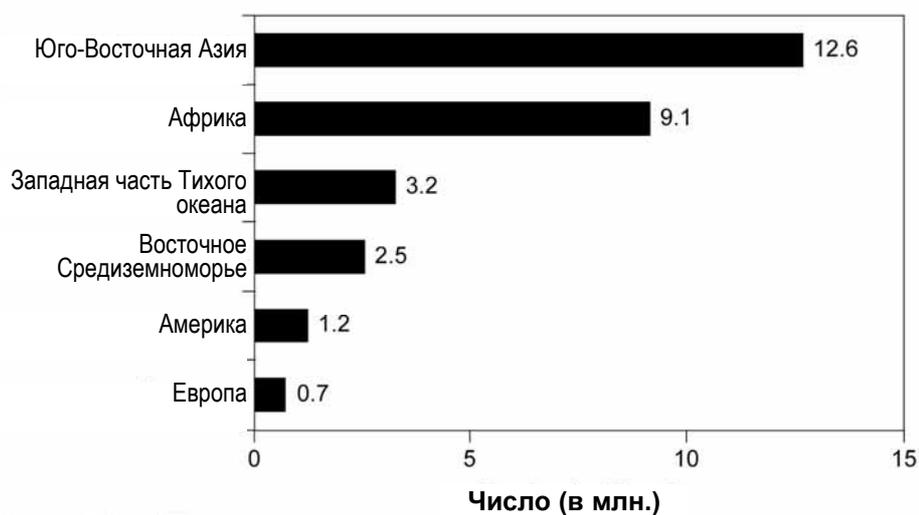


В колонках показаны верхние и нижние границы неопределенности.

WHO 06.157

Источник: ВОЗ.

Рисунок 2. Число детей в возрасте одного года, не получивших прививки против кори в 2005 г., по регионам ВОЗ



Источник: оценки ВОЗ/ЮНИСЕФ, 2005 г.

WHO 06.158

К. СЕТЬ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ЗДОРОВЬЯ

81. Сеть показателей здоровья, которая представляет собой новаторскую сеть разработчиков и потребителей медико-санитарной информации, введенную в действие на Пятьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2005 г., имеет целью увеличить доступность, повысить качество и обеспечить более широкое использование своевременной и точной медико-санитарной информации на субнациональном, национальном и глобальном уровнях. В число партнеров этой сети входят министерства здравоохранения, национальные статистические управления, организации системы Организации Объединенных Наций, банки развития, глобальные партнерства в сфере здравоохранения, доноры и технические эксперты.

82. Ключевые цели Сети заключаются в следующем:

- определить общие принципы, то есть набор основных стандартов, применимых к системам медико-санитарной информации и разработке данных, к созданию аналитического потенциала и к разработке руководящих принципов развития национальных систем медико-санитарной информации;
- применять эти общие принципы на страновом уровне посредством мобилизации технической и финансовой поддержки в целях активизации работы по созданию и совершенствованию систем медико-санитарной информации;
- разрабатывать политику и создавать стимулы в целях улучшения доступа к информации и ее использования на местном, региональном и глобальном уровнях.

83. Первый вариант общих принципов был разработан в 2005 г. в сотрудничестве со странами, техническими партнерами и учреждениями, занимающимися вопросами развития. Они представляют собой динамичное отражение наиболее эффективной практики, используемой в сфере медико-санитарной информации и подлежащей применению всеми партнерами, которые уже приводят в соответствие свои программы помощи в области развития системы медико-санитарной информации и статистики. Опыт, накопленный в ходе такого сотрудничества, будет стимулировать дальнейшую разработку указанных выше общих принципов.

84. После того как эта Сеть была введена в действие, количество заявок со стороны государств-членов с просьбой оказать помощь в создании систем медико-санитарной информации резко возросло. В результате первого раунда представления предложений гранты по линии Сети были получены 40 странами, и еще 25 после окончания второго раунда. Большинство из этих предложений поступило от стран с низким уровнем доходов и от стран с доходами ниже среднего уровня, которые больше всего испытывают нужду в достоверной информации для обоснования принимаемых ими решений и которые обладают слабым техническим и финансовым потенциалом. Гранты используются для мобилизации политической, технической и финансовой поддержки и для разработки

всесторонних планов развития систем медико-санитарной информации с указанием приоритетности и расходов и обеспеченных финансовыми средствами.

85. Как ожидается, в рамках Сети должны быть разработаны и осуществлены стратегии по решению проблемы отсутствия ресурсов на создание некоторых компонентов системы медико-санитарной информации. Руководящие принципы демографического обследования и выборочной регистрации и унифицированные методы вербальной аутопсии позволят странам продвигаться вперед по пути к достижению всеобщей цели создания всесторонней системы статистики естественного движения населения. Методы разработки достоверных демографических данных на субнациональном уровне позволят расширить возможности руководителей на районном уровне и обеспечить большее равенство. Средства измерения показателей работы систем здравоохранения (таких, как наличие и распределение кадровых, физических и финансовых ресурсов на благо здоровья) позволят более эффективно планировать работу в целях удовлетворения потребностей в области здравоохранения.

86. В процессе применения общих принципов выявилась необходимость в доработке архитектуры надежной системы медико-санитарной информации. В этой связи они получают дальнейшее развитие в целях решения проблем взаимосвязи между предложением медико-санитарной информации и спросом на нее, увязки показателей и источников данных, частоты сбора и уровня дезагрегирования данных и способов облегчения потоков информации по всем показателям и источникам данных. Будут также рассмотрены общие директивные принципы, институциональные механизмы и навыки руководства, необходимые для преобразования данных в такую информацию и сведения, которые можно использовать для обоснования принимаемых решений.

87. В 2011 г. эти общие принципы должны стать универсальным стандартом для сбора, отчетности и использования медико-санитарной информации. Для их принятия в качестве глобального стандарта потребуется решительная политическая поддержка и создание консенсуса. На данный момент уже достигнут значительный прогресс. Такие партнеры, как Всемирный банк, региональные банки развития и Партнерство в области статистики в целях развития в XXI веке (PARIS 21), приняли эти рамки в качестве секторального компонента более широких стратегий в области статистики. На страновом уровне министерства здравоохранения, статистические бюро и партнеры по развитию работают над обеспечением включения своих планов по системам медико-санитарной информации в национальные стратегии получения и составления статистических данных.

88. ВОЗ выполняет функции секретариата Сети и укрепляет сотрудничество между всеми сторонами, участвующими в работе по укреплению систем здравоохранения и в разработке и использовании медико-санитарной информации. Например, Региональный комитет ВОЗ для Юго-Восточной Азии настоятельно рекомендовал государствам-членам "изучить возможность использования общих принципов, регламентирующих показатели здоровья, в качестве одного из средств оценки систем медико-санитарной информации и более полной координации усилий стран, связанных с укреплением систем медико-

санитарной информации..."¹. В целях укрепления систем медико-санитарной информации, использования новых технических и финансовых возможностей, которые открывает эта Сеть, и содействия в работе по более полному представлению медико-санитарной информации на глобальном уровне разрабатываются соответствующие стратегические принципы на региональном уровне.

89. Приведенный выше доклад о ходе работы был принят к сведению Исполнительным комитетом на его Сто двадцатой сессии².

ДЕЙСТВИЯ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

90. Ассамблее здравоохранения предлагается принять к сведению доклады о ходе работы.

= = =

¹ Резолюция SEA/RC59/R10.

² См. документ EB119/2006-EB120/2007/REC/2, протокол тринадцатого заседания Сто двадцатой сессии Исполкома, раздел 2.