



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**ШЕСТЬДЕСЯТ ТРЕТЬЯ СЕССИЯ
ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

ЖЕНЕВА, 17–21 МАЯ 2010 г.

**РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ
ПРИЛОЖЕНИЯ**

**ЖЕНЕВА
2010 г.**



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**ШЕСТЬДЕСЯТ ТРЕТЬЯ СЕССИЯ
ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

ЖЕНЕВА, 17–21 МАЯ 2010 г.

**РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ
ПРИЛОЖЕНИЯ**

**ЖЕНЕВА
2010 г.**

СОКРАЩЕНИЯ

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

ККНИОЗ	– Консультативный комитет по научным исследованиям в области здравоохранения	МБЭ	- <i>Международное эпизоотическое бюро</i>
АСЕАН	– Ассоциация стран Юго–Восточной Азии	ЮНЭЙДС	– Объединенная и совместно организованная программа ООН по СПИДу
КССР	– Координационный совет старших руководителей системы ООН [ранее АКК]	ЮНКТАД	– Конференция ООН по торговле и развитию
СММНО	– Совет международных медицинских научных организаций	ЮНДСП	– Международная программа ООН по контролю над наркотическими средствами
ФАО	– Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН	ПРООН	– Программа развития ООН
МАГАТЭ	– Международное агентство по атомной энергии	ЮНЕП	– Программа ООН по окружающей среде
МАИР	– Международное агентство по изучению рака	ЮНЕСКО	– Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры
ИКАО	– Международная организация гражданской авиации	ЮНФПА	– Фонд ООН для деятельности в области народонаселения
ИФАД	– Международный фонд сельскохозяйственного развития	УВКБ	– Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев
МОТ	– Международная организация труда	ЮНИСЕФ	– Детский фонд ООН
МВФ	– Международный валютный фонд	ЮНИДО	– Организация Объединенных Наций по промышленному развитию
ИМО	– Международная морская организация	БАПОР	– Ближневосточное агентство ООН для помощи палестинским беженцам и организации работ
ММКН	– Международный комитет по контролю за наркотиками	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.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения проходила во Дворце Наций в Женеве с 17 по 21 мая 2010 г. в соответствии с решением Исполнительного комитета, принятым на его Сто двадцать шестой сессии. Материалы сессии публикуются в трех томах, в которых, помимо других документов, содержатся:

Резолюции и решения, Приложения – документ WHA63/2010/REC/1

Стенографический отчет о пленарных заседаниях и список участников – документ WHA63/2010/REC/2

Протоколы заседаний комитетов; доклады комитетов – документ WHA63/2010/REC/3.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Предисловие	iii
Повестка дня	ix
Список документов	xiii
Президиум Ассамблеи здравоохранения и состав ее комитетов	xix

РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ

Резолюции

WHA63.1	Обеспечение готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам	1
WHA63.2	Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной территории Палестины, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах	2
WHA63.3	Продвижение инициатив по безопасности пищевых продуктов	6
WHA63.4	Финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за период 1 января 2008 г. – 31 декабря 2009 г.	11
WHA63.5	Шкала обязательных взносов на 2010-2011 гг.....	11
WHA63.6	Охрана и безопасность персонала и служебных помещений	16
WHA63.7	Генеральный план капитальных затрат	16
WHA63.8	Отчет Внешнего ревизора	17
WHA63.9	Оклады сотрудников на неклассифицируемых должностях и Генерального директора.	18
WHA63.10	Партнерства	18
WHA63.11	Соглашения с межправительственными организациями	20
WHA63.12	Наличие, безопасность и качество продуктов крови.....	21
WHA63.13	Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя.....	25
WHA63.14	Маркетинг пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированный на детей	27

WHA63.15	Мониторинг достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем	29
WHA63.16	Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения	35
WHA63.17	Врожденные пороки	35
WHA63.18	Вирусный гепатит	39
WHA63.19	Стратегия ВОЗ по ВИЧ/СПИДу на 2011-2015 гг.....	42
WHA63.20	Болезнь Шагаса: борьба и ликвидация.....	45
WHA63.21	Роль и обязанности ВОЗ в сфере научных исследований в области здравоохранения	47
WHA63.22	Трансплантация органов и тканей человека	51
WHA63.23	Питание детей грудного и раннего возраста.....	53
WHA63.24	Ускорение прогресса в достижении четвертой Цели тысячелетия в области развития для сокращения детской смертности: профилактика и лечение пневмонии	58
WHA63.25	Улучшение здоровья посредством обеспечения безопасного и экологически обоснованного удаления отходов.....	60
WHA63.26	Улучшение здоровья посредством экологически обоснованного удаления вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ	63
WHA63.27	Укрепление потенциала правительств по конструктивному привлечению частного сектора к оказанию основных медико-санитарных услуг.....	68
WHA63.28	Создание консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация	70
Решения		
WHA63(1)	Состав Комитета по проверке полномочий.....	74
WHA63(2)	Выборы должностных лиц Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.....	74
WHA63(3)	Выборы должностных лиц главных комитетов	74
WHA63(4)	Образование Генерального комитета	75
WHA63(5)	Утверждение повестки дня	75
WHA63(6)	Проверка полномочий	75
WHA63(7)	Выборы государств-членов, которым предоставляется право назначить по одному лицу в состав Исполнительного комитета.....	76

WHA63(8)	Объединенный пенсионный фонд персонала Организации Объединенных Наций: назначение представителей в Комитет Пенсионного фонда персонала ВОЗ	76
WHA63(9)	Выбор страны, в которой будет проведена Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения	76
WHA63(10)	Некондиционная/ поддельная/ложно маркированная/фальсифицированная/ контрафактная медицинская продукция	76

ПРИЛОЖЕНИЯ

1.	Политика участия ВОЗ в глобальных партнерствах в области здравоохранения и механизмы организации приема и размещения	87
2.	Текст с поправкой к Соглашению о сотрудничестве между ВОЗ и Международным бюро по эпизоотиям	94
3.	Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя	95
4.	Свод рекомендаций по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков детям	118
5.	Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения	126
6.	Вмешательства по профилактике и лечению врожденных пороков	135
7.	Стратегия научных исследований в целях здравоохранения ВОЗ	137
8.	Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов	159
9.	Финансовые и административные последствия для Секретариата резолюций, принятых Ассамблеей здравоохранения	170

ПОВЕСТКА ДНЯ¹

ПЛЕНАРНЫЕ ЗАСЕДАНИЯ

1. Открытие Ассамблеи
 - 1.1 Образование Комитета по проверке полномочий
 - 1.2 Выборы Председателя
 - 1.3 Выборы пяти заместителей Председателя, председателей главных комитетов и учреждение Генерального комитета
 - 1.4 Утверждение повестки дня и передача пунктов повестки дня главным комитетам
2. Доклады Исполнительного комитета о его Сто двадцать третьей и Сто двадцать четвертой сессиях
3. Выступление Генерального директора д-ра Маргарет Чен
4. Выступление приглашенного докладчика
5. [исключен]
6. Исполнительный комитет: выборы
7. Награды
8. Доклады главных комитетов
9. Закрытие Ассамблеи

КОМИТЕТ А

10. Открытие заседаний Комитета²
11. Технические вопросы и вопросы здравоохранения
 - 11.1 Обеспечение готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам
 - 11.2 Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.)
 - 11.3 Общественное здравоохранение, инновации и интеллектуальная собственность: глобальная стратегия и план действий

¹ Утверждена на втором пленарном заседании.

² Включая выборы заместителей Председателя и Докладчика.

- 11.4 Мониторинг достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем
- 11.5 Международный наем медико-санитарного персонала: проект глобального кодекса практики
- 11.6 Питание детей грудного и раннего возраста
- 11.7 Врожденные пороки
- 11.8 Безопасность пищевых продуктов
- 11.9 Профилактика неинфекционных болезней и борьба с ними: осуществление глобальной стратегии
- 11.10 Стратегии сокращения вредного употребления алкоголя
- 11.11 Борьба с туберкулезом
 - Ход работы и долгосрочное планирование
 - Профилактика туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью и борьба с ним
- 11.12 Вирусный гепатит
- 11.13 Борьба с лейшманиозом
- 11.14 Болезнь Шагаса: борьба и ликвидация
- 11.15 Глобальная ликвидация кори
- 11.16 Ликвидация оспы: уничтожение запасов вируса натуральной оспы
- 11.17 Наличие, безопасность и качество продуктов крови
- 11.18 Стратегический подход к Международному регулированию химических веществ
- 11.19 Роль и обязанности ВОЗ в сфере научных исследований в области здравоохранения
- 11.20 Контрафактная медицинская продукция
- 11.21 Трансплантация органов и тканей человека
- 11.22 Нарращивание потенциала правительств для обеспечения конструктивного участия частного сектора в предоставлении основной медико-санитарной помощи
- 11.23 Лечение и профилактика пневмонии
- 11.24 Доклады о ходе работы
 - А. Полиомиелит: механизм преодоления потенциальных рисков для ликвидации (резолюция WHA61.1)
 - В. Борьба с африканским трипаносомозом человека (резолюция WHA57.2)

- C. Репродуктивное здоровье: стратегия по ускорению хода работы в направлении достижения международных целей и задач в области развития (резолюция WHA57.12)
 - D. Быстрое увеличение масштабов подготовки работников здравоохранения (резолюция WHA59.23)
 - E. Укрепление сестринского и акушерского дела (резолюция WHA59.27)
 - F. Обеспечение устойчивой ликвидации нарушений, связанных с недостаточностью йода (резолюция WHA60.21)
 - G. Многоязычие: осуществление плана действий (резолюция WHA61.12)
 - H. Здоровье мигрантов (резолюция WHA61.17)
 - I. Изменение климата и здоровье (резолюция WHA61.19)
 - J. Первичная медико-санитарная помощь, включая укрепление систем здравоохранения (резолюция WHA62.12)
13. Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной территории Палестины, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах

КОМИТЕТ В

12. Открытие заседаний Комитета¹
13. [передан Комитету А]
14. Программные и бюджетные вопросы
- 14.1 Программный бюджет на 2008-2009 гг.: оценка исполнения
 - 14.2 Одиннадцатая общая программа работы, 2006–2015 гг.
15. Финансовые вопросы
- 15.1 Финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за период 1 января 2008 г. – 31 декабря 2009 г.
 - 15.2 Состояние поступления обязательных взносов, включая вопрос о государствах-членах, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение Статьи 7 Устава
 - 15.3 [исключен]
 - 15.4 Шкала обязательных взносов на 2010-2011 гг.

¹ Включая выборы заместителей Председателя и Докладчика.

- 15.5 [исключен]
- 15.6 Поправки к Положениям о финансах и Финансовым правилам
- 15.7 Охрана и безопасность персонала и служебных помещений, а также Генеральный план капитальных затрат
- 16. Вопросы ревизии и контроля
 - 16.1 Отчет Внешнего ревизора
 - 16.2 Отчет Внутреннего ревизора
- 17. Кадровые вопросы
 - 17.1 Выборы Генерального директора Всемирной организации здравоохранения
 - 17.2 Кадровые ресурсы: ежегодный доклад
 - 17.3 Доклад Комиссии по международной гражданской службе
 - 17.4 Поправки к Положениям о персонале и Правилам о персонале
 - 17.5 [исключен]
 - 17.6 Назначение представителей в Комитет пенсионного фонда персонала ВОЗ
- 18. Вопросы управления и юридические вопросы
 - 18.1 Партнерства
 - 18.2 Порядок работы руководящих органов
 - 18.3 Соглашения с межправительственными организациями
- 19. Сотрудничество с учреждениями системы Организации Объединенных Наций и с другими межправительственными организациями

СПИСОК ДОКУМЕНТОВ

A63/1 Rev.1	Повестка дня ¹
A63/2	Доклад Исполнительного комитета о его Сто двадцать пятой и Сто двадцать шестой сессиях
A63/3	Выступление Генерального директора д-ра Маргарет Чен на Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
A63/4	Обеспечение готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам
A63/5 и A63/5 Add.1	Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.)
A63/6, A63/6 Add.1 и A63/6 Add.2	Общественное здравоохранение, инновации и интеллектуальная собственность: глобальная стратегия и план действий. Доклад Рабочей группы экспертов по финансированию научных исследований и разработок ²
A63/7	Мониторинг достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем
A63/8	Международный наем медико-санитарного персонала: проект глобального кодекса практики ³
A63/9	Питание детей грудного и раннего возраста
A63/10	Врожденные пороки ⁴
A63/11	Безопасность пищевых продуктов
A63/12	Профилактика неинфекционных болезней и борьба с ними: осуществление глобальной стратегии ⁵
A63/13	Стратегии сокращения вредного употребления алкоголя: проект глобальной стратегии ⁶
A63/14	Борьба с туберкулезом
A63/15	Вирусный гепатит
A63/16	Борьба с лейшманиозом
A63/17	Болезнь Шагаса: борьба с ней и ликвидация
A63/17 Add.1	Доклад о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения

¹ См. с. xiii.

² См. Приложение 9.

³ См. Приложение 5.

⁴ См. Приложение 6.

⁵ См. Приложение 4 и 9.

⁶ См. Приложение 3.

A63/18	Глобальная ликвидация кори
A63/19	Ликвидация оспы: уничтожение запасов вируса натуральной оспы
A63/20	Наличие, безопасность и качество продуктов крови
A63/21	Стратегический подход к Международному регулированию химических веществ
A63/22	Роль и обязанности ВОЗ в сфере научных исследований в области здравоохранения ¹
A63/22 Add.1	Доклад о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения
A63/23	Контрафактная медицинская продукция
A63/24	Трансплантация органов и тканей человека ²
A63/24 Add.1	Доклад о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения
A63/25 и A63/25 Corr.1	Наращивание потенциала правительств для обеспечения конструктивного участия частного сектора в предоставлении основной медико-санитарной помощи
A63/25 Add.1	Доклад о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения
A63/26	Лечение и профилактика пневмонии
A63/27	Доклады о ходе работы
A63/28	Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной территории Палестины, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах ³
A63/29	Программный бюджет на 2008-2009 гг.: оценка исполнения
A63/30	Одиннадцатая общая программа работы, 2006–2015 гг.
A63/31	Шкала обязательных взносов на 2010-2011 гг.
A63/32	Финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за период 1 января 2008 г. – 31 декабря 2009 г.
A63/33	Состояние поступления обязательных взносов, включая вопрос о государствах-членах, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение Статьи 7 Устава
A63/34	Поправки к Положениям о финансах
A63/35	Охрана и безопасность персонала и служебных помещений, а также Генеральный план капитальных затрат: Охрана и безопасность персонала

¹ См. Приложение 7.

² См. Приложение 8.

³ См. Приложение 9.

A63/36	Охрана и безопасность персонала и служебных помещений, а также Генеральный план капитальных затрат: Генеральный план капитальных затрат
A63/37	Отчет Внешнего ревизора Ассамблее здравоохранения
A63/38	Отчет Внутреннего ревизора
A63/39	Выборы Генерального директора Всемирной организации здравоохранения
A63/40	Кадровые ресурсы: ежегодный доклад
A63/41	Доклад Комиссии по международной гражданской службе
A63/42	Поправки к Положениям о персонале и Правилам о персонале
A63/43	Назначение представителей в Комитет пенсионного фонда персонала ВОЗ
A63/44 и A63/44 Corr.1	Партнерства ¹
A63/44 Add.1	Доклад о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения
A63/45	Порядок работы руководящих органов
A63/46	Соглашения с межправительственными организациями ²
A63/47	Сотрудничество с учреждениями системы Организации Объединенных Наций и с другими межправительственными организациями
A63/48	Обеспечение готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам
A63/48 Add.1	Доклад о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения
A63/49	Программный бюджет на 2008-2009 гг.: оценка исполнения. Первый доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
A63/50	Одиннадцатая общая программа работы, 2006–2015 гг. Пятый доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
A63/51 Rev.1	Финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за период 1 января 2008 г. – 31 декабря 2009 г. Второй доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
A63/52	Состояние поступления обязательных взносов, включая вопрос о государствах-членах, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение Статьи 7 Устава. Шестой доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения

¹ См. Приложение 1.

² См. Приложение 2.

- A63/53 Поправки к Положениям о финансах и Финансовым правилам. Седьмой доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A63/54 Охрана и безопасность персонала и служебных помещений, а также Генеральный план капитальных затрат: Охрана и безопасность персонала и служебных помещений. Третий доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A63/55 Охрана и безопасность персонала и служебных помещений, а также Генеральный план капитальных затрат: Генеральный план капитальных затрат. Четвертый доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A63/56 Rev.1 Отчет Внешнего ревизора. Восьмой доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A63/57 Отчет Внутреннего ревизора. Девятый доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A63/58 Первый доклад Комитета А
- A63/59 Второй доклад Комитета А
- A63/60 Комитет по проверке полномочий. Первый доклад
- A63/61 Выборы государств-членов, которым предоставляется право назначить по одному лицу в состав Исполнительного комитета
- A63/62 Первый доклад Комитета В
- A63/63 Третий доклад Комитета А
- A63/64 Четвертый доклад Комитета А
- A63/65 Второй доклад Комитета В
- A63/66 Пятый доклад Комитета А

Информационные документы

- A63/INF.DOC./1 Обеспечение готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам
- A63/INF.DOC./2 Международный наем медико-санитарного персонала: проект глобального кодекса практики
- A63/INF.DOC./3 Контрафактная медицинская продукция
- A63/INF.DOC./4 Добровольные взносы по фондам и по донорам за финансовый период 2008–2009 гг.

A63/INF.DOC./5	Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной территории Палестины, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных Голанских сирийских высотах (доклад Постоянного наблюдателя Палестины при Организации Объединенных Наций и других международных организациях в Женеве)
A63/INF.DOC./6	Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной территории Палестины, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных Голанских сирийских высотах (доклад Директора департамента здравоохранения БАПОР за 2009 г.)
A63/INF.DOC./7	Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной территории Палестины, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных Голанских сирийских высотах (доклад Министерства здравоохранения Израиля)
A63/INF.DOC./8	Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной территории Палестины, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных Голанских сирийских высотах (доклад Министерства здравоохранения Сирийской Арабской Республики)
Разное	
A63/DIV/1 Rev.1	Список делегатов и других участников
A63/DIV/2	Информационная справка для делегатов Всемирной ассамблеи здравоохранения
A63/DIV/3	Решения и список резолюций
A63/DIV/4	Список документов
A63/DIV/5	Выступление г-жи Ellen Johnson Sirleaf, Президента Республики Либерия, на Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
A63/DIV/6	Выступление г-на Рея Чамберса, специального посланника Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по малярии, на Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения

ПРЕЗИДИУМ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОСТАВ ЕЕ КОМИТЕТОВ

Председатель

Г-н М. ZENAIDI (Тунис)

Заместители Председателя

Д-р M.I. RODRÍGUEZ (Сальвадор)

Д-р R. Sezibera (Руанда)

Д-р R. Akdag (Турция)

Г-жа G.A.A. GIDLOW (Самоа)

Профессор MYA OO (Мьянма)

Секретарь

Д-р М. ЧЕН, Генеральный директор

Комитет по проверке полномочий

В состав Комитета по проверке полномочий вошли делегаты следующих государств-членов: Ангола, Австрия, Бангладеш, Эритрея, Израиль, Науру, Никарагуа, Сингапур, Сомали, бывшая югославская Республика Македония, Тринидад и Тобаго и Замбия

Председатель: Д-р В. ВЛАНА (Австрия)

Заместитель Председателя: Г-н S.A. ALI (Бангладеш)

Секретарь: Г-н Х. DANEY, старший юрисконсульт

Генеральный комитет

В состав Генерального комитета вошли Председатель и заместители Председателя Ассамблеи здравоохранения и председатели главных комитетов, а также делегаты следующих государств-членов: Буркина-Фасо, Кабо-Верде, Чада, Чили, Китая, Кубы, Демократической Республики Конго, Эстонии, Франции, Ямайки, Иордании, Ливийской Арабской Джамахирии, Российской Федерации, Испании, Соединенного Королевства Великобритании

и Северной Ирландии, Объединенной Республики Танзания и Соединенных Штатов Америки.

Председатель: Г-н М. ZENAIDI (Тунис)

Секретарь: д-р М. ЧЕН, Генеральный директор

ГЛАВНЫЕ КОМИТЕТЫ

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

Комитет А

Председатель: Д-р М. MUGITANI (Япония)

Заместители Председателя:

Г-н U. SCHOLTEN (Германия) и

д-р D. CHIRIBOGA (Эквадор)

Докладчик: Д-р Р. MISHRA (Непал)

Секретарь: Д-р Q.M. ISLAM, Директор, Обеспечение безопасной беременности

Комитет В

Председатель: Д-р W. JAYANTHA (Шри-Ланка)

Заместители Председателя:

Д-р G.J. KOMBA-KONO (Сьерра-Леоне) и д-р N. EL SAYED (Египет)

Докладчик: Д-р А.-Р. SANNE (Норвегия)

Сосекретари: Д-р М. DAYRIT, Директор, Кадровые ресурсы здравоохранения; и Г-н С. ONDARI, координатор, Medicines Access and Rational Use,

РЕЗОЛЮЦИИ

WHA63.1 Обеспечение готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам¹

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад Рабочей группы открытого состава государств-членов по обеспечению готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам, совещание которой состоялось в Женеве 10-12 мая 2010 г.²;

ссылаясь на резолюции WHA60.28 и WHA62.10, касающиеся Механизма обеспечения готовности к пандемическому гриппу для обмена вирусами гриппа и доступа к вакцинам и другим преимуществам³, а также резолюции WHA56.19 и WHA59.2 об обеспечении готовности к пандемии гриппа;

принимая к сведению весь накопленный опыт и уроки, извлеченные из пандемии гриппа (H1N1) - 2009, текущую работу, проводимую Комитетом по обзору ММСП, а также результаты практической деятельности в связи с продолжающимися вспышками заболевания гриппом H5N1;

признавая сохраняющуюся значимость задачи повышения уровня готовности к пандемии гриппа, в частности для укрепления потенциала по обеспечению готовности и принятию ответных мер на глобальном и национальном уровнях; усиления лабораторного потенциала и систем эпиднадзора; усиления глобального потенциала по производству вакцин, противовирусных препаратов и диагностических средств и расширения доступа к вакцинам, противовирусным препаратам и диагностическим средствам, в особенности в пораженных и развивающихся странах, и уделяя особое внимание наименее развитым странам;

признавая необходимость введения в действие более справедливой и транспарентной, равноправной, действенной и эффективной системы для обмена вирусами и доступа к вакцинам и другим преимуществам на равных условиях;

признавая, что для решения этих важных задач требуется осуществление множества мер и средств, которые, при необходимости, носят взаимосвязанный характер и могут включать: отдельные, но взаимодополняемые Стандартные соглашения о передаче материалов в отношении соответствующих материалов - одно в рамках Сети ВОЗ и одно для их передачи вне Сети ВОЗ; усиление поддержки Глобального плана действий ВОЗ по увеличению запасов вакцины для борьбы с пандемическим гриппом⁴; усиление потенциала по эпиднадзору в рамках Международных медико-санитарных правил (2005 г.); а также обеспечение устойчивого финансирования и механизмов солидарности;

¹ См. документ A63/48 Add.1 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документ A63/48.

³ См. документ A62/5 Add.1.

⁴ Документ WHO/IVB/06.13 – WHO/CDS/EPR/GIP/2006.1.

признавая роль промышленности в качестве стороны, вносящей важный вклад в решение указанных задач, осуществляя долгосрочные и предсказуемые меры;

принимая во внимание, что некоторые из остающихся элементов требуют дальнейшего обсуждения и изучения, при необходимости, в целях достижения окончательного согласия,

1. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) продолжать работу с государствами-членами и соответствующими региональными организациями экономической интеграции в отношении Механизма обеспечения готовности к пандемическому гриппу для обмена вирусами гриппа и доступа к вакцинам и другим преимуществам¹ в соответствии с резолюцией WHA62.10 и созвать совещание Рабочей группы открытого состава до проведения Сто двадцать восьмой сессии Исполнительного комитета;

(2) провести технические консультации и исследования, при необходимости, для оказания поддержки деятельности Рабочей группы открытого состава по достижению окончательного согласия.

2. ПОСТАНОВЛЯЕТ, что Рабочая группа открытого состава представит доклад Шестьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет на его Сто двадцать восьмой сессии.

(Шестое пленарное заседание, 19 мая 2010 г. –
Комитет А, первый доклад)

WHA63.2 Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной территории Палестины, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах²

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

принимая во внимание основной принцип, сформулированный в Уставе ВОЗ, согласно которому здоровье всех народов является основным фактором в достижении мира и безопасности;

ссылаясь на все свои предыдущие резолюции по медико-санитарным условиям на оккупированных арабских территориях;

ссылаясь на принятую Исполнительным комитетом на его Сто двадцать четвертой сессии резолюцию EB124.R4 о тяжелой ситуации в области здравоохранения, вызванной израильскими военными операциями на оккупированной палестинской территории, в частности в оккупированном секторе Газа;

¹ Приводится в документе A62/5 Add.1.

² См. Приложение 9 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

принимая к сведению доклад Генерального директора о медико-санитарных условиях проживания населения на оккупированной территории Палестины, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах;

отмечая с глубокой озабоченностью выводы, содержащиеся в докладе Генерального директора о специализированной миссии по вопросам здравоохранения, направленной в сектор Газа;

подчеркивая исключительно важную роль БАПОР в оказании жизненно важных медико-санитарных и просветительских услуг на оккупированной палестинской территории и, особенно, в удовлетворении неотложных потребностей в секторе Газа;

выражая обеспокоенность по поводу ухудшения экономических и медико-санитарных условий, а также гуманитарного кризиса в результате продолжающейся оккупации и жестких ограничений, введенных Израилем – оккупирующей державой;

выражая также глубокую обеспокоенность по поводу кризиса в области здравоохранения и растущих уровней необеспеченности продовольствием на оккупированной палестинской территории, особенно в секторе Газа;

подтверждая необходимость гарантирования всеобщего охвата медико-санитарными услугами и сохранения работоспособности служб общественного здравоохранения на оккупированной палестинской территории;

признавая тот факт, что острая нехватка финансовых и медицинских ресурсов у палестинского Министерства здравоохранения, которое отвечает за функционирование и финансирование служб общественного здравоохранения, ставит под угрозу доступ палестинского населения к лечебным и профилактическим услугам;

подтверждая право палестинских пациентов и медицинского персонала на доступ к палестинским учреждениям здравоохранения в оккупированном восточном Иерусалиме;

выражая сожаление по поводу случаев проявления неуважения и необеспечения защиты палестинских машин скорой помощи и медицинского персонала со стороны израильской армии, что привело к потерям среди палестинского медицинского персонала, а также по поводу ограничений на перемещение, налагаемых на такой персонал Израилем – оккупирующей державой – в нарушение международного гуманитарного права;

подтверждая также, что в настоящее время блокада продолжается и что пропускные пункты полностью и окончательно не являются открытыми, означая, что кризис и страдания населения, начавшиеся до нападения Израиля на сектор Газа, продолжаются, препятствуя усилиям Министерства здравоохранения Палестинского органа, направленным на восстановление учреждений, разрушенных в ходе военных операций, проводимых Израилем в конце 2008 г. и в 2009 г.;

выражая глубокую озабоченность в связи с серьезным воздействием стены на доступность и качество медицинских услуг для палестинского населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим;

выражая также глубокую озабоченность по поводу серьезных последствий для беременных женщин и пациентов в результате ограничений, введенных Израилем на передвижение палестинских машин скорой помощи и медицинского персонала,

1. ТРЕБУЕТ, чтобы Израиль - оккупирующая держава:

- (1) немедленно прекратил блокирование оккупированной палестинской территории, в частности перекрытие пропускных пунктов в оккупированном секторе Газа, что вызывает серьезную нехватку лекарственных средств и медицинских материалов на этой территории, и соблюдал в этой связи положение Израильско-Палестинского соглашения о передвижении и доступе от ноября 2005 г.;
- (2) отказался от своей политики и мер, которые привели к созданию существующих крайне тяжелых медико-санитарных условий и острой нехватке продовольствия и топлива в секторе Газа;
- (3) соблюдал Консультативное заключение, вынесенное 9 июля 2004 г. Международным судом в отношении стены, которая, в частности, оказывает серьезное воздействие на доступность и качество медицинских услуг для палестинского населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим;
- (4) способствовал доступу палестинских пациентов и медицинских сотрудников в палестинские медико-санитарные учреждения в оккупированном восточном Иерусалиме и за границей;
- (5) обеспечивал беспрепятственный и безопасный доступ палестинских машин скорой помощи, а также уважение и защиту медицинского персонала в соответствии с международным гуманитарным правом;
- (6) улучшал жилищные и медико-санитарные условия для палестинских заключенных, особенно детей, женщин и пациентов, и требует, чтобы Израиль – оккупирующая держава – обеспечил заключенным, страдающим от серьезных медицинских нарушений, которые ухудшаются с каждым днем, необходимое медицинское лечение;
- (7) облегчал проезд персонала и поступление лекарственных средств и медицинского оборудования на оккупированную палестинскую территорию;
- (8) взял на себя ответственность в отношении гуманитарных потребностей палестинского народа и его повседневного доступа к гуманитарной помощи, включая продовольствие и лекарственные средства, в соответствии с международным гуманитарным правом;
- (9) немедленно прекратил любые виды практики, политику или планы, включая политику блокировки, которые серьезно сказываются на медико-санитарных условиях проживания гражданского населения, находящегося в условиях оккупации;
- (10) проявлял уважение и облегчал выполнение мандата и работу БАПОР и других международных организаций и обеспечивал свободное передвижение их сотрудников и средств оказания помощи;

2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены и межправительственные и неправительственные организации:

- (1) содействовать преодолению медико-санитарного кризиса на оккупированной палестинской территории посредством оказания помощи палестинскому народу;
- (2) содействовать удовлетворению неотложных медико-санитарных и гуманитарных потребностей, а также важнейших потребностей в области здравоохранения

в среднесрочном и долгосрочном плане, которые определены в докладе Генерального директора о специализированной миссии по вопросам здравоохранения, направленной в сектор Газа;

(3) призывает международное сообщество оказать давление на правительство Израиля с целью снятия блокады оккупированного сектора Газа, чтобы избежать там серьезного углубления гуманитарного кризиса, и способствовать отмене ограничений и препятствий, налагаемых на палестинский народ, в том числе для свободного передвижения людей и медицинского персонала на оккупированной палестинской территории, и вынудить Израиль соблюдать свои правовые и моральные обязанности и обеспечить осуществление в полном объеме основных прав человека гражданским населением оккупированной палестинской территории, особенно в восточном Иерусалиме;

(4) напомнить Израилю – оккупирующей державе – о необходимости соблюдать Четвертую Женевскую конвенцию, касающуюся защиты гражданского населения во время войны, от 1949 г., которая применима к оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим;

(5) призывает все международные организации по правам человека, особенно Международный комитет Красного Креста, оказать в неотложном и безотлагательном порядке воздействие на Израиль – оккупирующую державу – и добиться от него обеспечения надлежащего медицинского лечения палестинских заключенных и арестованных, которые страдают от серьезных медицинских нарушений, которые ухудшаются с каждым днем, и призывает организации гражданского общества оказать давление на Израиль – оккупирующую державу – чтобы спасти жизни арестованных и обеспечить незамедлительное освобождение тяжело больных, и обеспечить им внешнее лечение, и позволить палестинским женщинам-заключенным получать услуги по охране материнства и последующее медицинское наблюдение в ходе беременности, родов и послеродовой уход, и позволить им рожать в здоровых и гуманных условиях в присутствии их родственников и членов семьи, и незамедлительно освобождать всех детей, находящихся в заключении в израильских тюрьмах;

(6) оказывать поддержку и помощь палестинскому Министерству здравоохранения в выполнении его обязанностей, включая обеспечение функционирования и финансирования служб общественного здравоохранения;

(7) обеспечить финансовую и техническую поддержку палестинским медико-санитарным и ветеринарным службам;

3. ВЫРАЖАЕТ глубокую признательность международному сообществу доноров за их поддержку палестинского народа в различных областях и призывает страны-доноры и международные организации в области здравоохранения продолжать их усилия по обеспечению оказания необходимой политической и финансовой поддержки, чтобы создать возможности для осуществления плана Палестинского органа в области здравоохранения на 2008-2010 гг. и создать подходящие политические условия для осуществления плана прекращения оккупации и создания государства Палестины, как это предлагается Правительством Палестины, которое прилагает серьезные усилия по созданию надлежащих условий для его осуществления;

4. ВЫРАЖАЕТ глубокую признательность Генеральному директору за ее усилия по оказанию необходимой помощи палестинскому народу на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также сирийскому населению на оккупированных сирийских Голанских высотах;

5. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

- (1) оказывать поддержку палестинским медико-санитарным и ветеринарным службам, в том числе по созданию потенциала;
- (2) представить доклад об установлении фактов по медико-санитарной и экономической ситуации на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим и оккупированные сирийские Голанские высоты;
- (3) поддерживать создание медицинских учреждений и обеспечивать связанную с охраной здоровья техническую помощь сирийскому населению на оккупированных сирийских Голанских высотах;
- (4) продолжить оказание необходимой технической помощи в целях удовлетворения медико-санитарных потребностей палестинского народа, в том числе инвалидов и раненых;
- (5) оказать также поддержку палестинским медико-санитарным и ветеринарным службам в подготовке к необычным чрезвычайным ситуациям;
- (6) поддержать развитие системы здравоохранения на оккупированной палестинской территории, включая развитие кадровых ресурсов;
- (7) создать в сотрудничестве с Международным комитетом Красного Креста международный комитет из специализированных медицинских групп для диагностирования тяжелых нарушений здоровья палестинских заключенных и арестованных в израильских тюрьмах и обеспечить им все необходимое и неотложное лечение согласно соответствующим международным конвенциям и соглашениям;
- (8) предоставить подробный доклад, подготовленный специализированной миссией по вопросам здравоохранения, направленной в сектор Газа;
- (9) представить доклад о выполнении настоящей резолюции Шестьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

(Седьмое пленарное заседание, 20 мая 2010 г. –
Комитет А, второй доклад)

WHA63.3 Продвижение инициатив по безопасности пищевых продуктов¹

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о безопасности пищевых продуктов²,

ссылаясь на резолюцию WHA53.15 о безопасности пищевых продуктов, в которой Генеральному директору было предложено внедрить глобальную стратегию для эпиднадзора за болезнями пищевого происхождения и для эффективного сбора и обмена информацией в странах и между ними;

¹ См. Приложение 7 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции. документ EB126/2010/REC/1.

² Документ A63/11.

ссылаясь на резолюцию WHA55.16 о глобальных действиях общественного здравоохранения в ответ на естественное и случайное высвобождение или преднамеренное применение биологических и химических агентов или радиационно-ядерных материалов, воздействующих на здоровье, в которой отмечается, что такие агенты могут распространяться через пищевые цепи и водоснабжение;

отмечая одобрение Исполнительным комитетом в 2002 г. глобальной стратегии ВОЗ в области безопасности пищевых продуктов¹, имевшей целью сократить медицинское и социальное бремя болезней пищевого происхождения;

отмечая также, что были осуществлены и другие связанные с безопасностью пищевых продуктов мероприятия, указанные в резолюциях WHA53.15 и WHA55.16, в том числе: пересмотр в 2005 г. Международных медико-санитарных правил; учреждение в 2005 г. Международной сети органов по безопасности пищевых продуктов; создание в 2006 г. Справочной группы ВОЗ по эпидемиологии бремени болезней пищевого происхождения; и расширение участия, особенно развивающихся стран, в разработке Комиссией по Кодекс алиментариус международных стандартов в отношении безопасности пищевых продуктов;

признавая, что Комиссия по Кодекс алиментариус представляет для всех стран уникальную возможность присоединиться к международному сообществу в формулировании и гармонизации стандартов на пищевые продукты и в обеспечении их глобального применения, а также что в этой связи особенно должно поощряться участие развивающихся стран;

признавая далее важные роли ВОЗ и ФАО в оказании поддержки Комиссии по Кодекс алиментариус как международному справочному центру по изменениям, связанным со стандартами на пищевые продукты;

подтверждая, что болезни пищевого происхождения по-прежнему представляют серьезную угрозу для здоровья миллионов людей в мире, особенно для жителей развивающихся стран с неудовлетворительным состоянием питания;

учитывая сложные связи между безопасностью пищевых продуктов, питанием и продовольственной безопасностью и отмечая важную роль безопасности пищевых продуктов в ликвидации голода и недостаточности питания, особенно в странах с низкими доходами и дефицитом пищевых продуктов;

принимая во внимание возрастающий объем фактических данных о том, что многие инфекционные болезни, в том числе возникающие зоонозы, передаются через пищевые продукты и что воздействие химических веществ и патогенов в поступающих пищевых продуктах связывается с острыми и хроническими болезнями;

отмечая, что изменение климата может являться одним из факторов, вызывающих рост заболеваемости некоторыми болезнями пищевого происхождения, в том числе зоонозного происхождения, по причине более стремительного развития микроорганизмов в пищевых продуктах и воде при более высоких температурах, что приводит к появлению токсинов в новых географических регионах и к возможному повышению уровней токсинов или патогенов в пищевых продуктах;

признавая, что мировая торговля пищевыми продуктами ежегодно возрастает, способствуя усилению риска распространения патогенов и контаминантов за пределы

¹ Документ EB109/2002/REC/2, протокол четвертого заседания.

национальных границ, что создает таким образом новые проблемы для органов, занимающихся вопросами пищевых продуктов, и делает необходимым более эффективный глобальный обмен информацией по безопасности пищевых продуктов, принимая во внимание, что обеспечение безопасности пищевых продуктов не может приводить к дискриминации или какому-либо завуалированному ограничению международной торговли;

отмечая сохраняющуюся потребность в более тесном сотрудничестве сектора здравоохранения с другими секторами и в расширении действий в области безопасности пищевых продуктов на международном и национальном уровнях с охватом всей цепи производства пищевых продуктов, чтобы существенно сократить заболеваемость болезнями пищевого происхождения;

отмечая сохраняющуюся потребность в обновляемых и всесторонних международно согласованных стандартах и соглашениях для оценки рисков и в научных рекомендациях в поддержку мер и мероприятий по улучшению безопасности и нутриционного качества пищевых продуктов;

признавая важность международного соглашения о глобальном управлении безопасностью пищевых продуктов, применения научных принципов в процессе поиска решений, эффективного обмена данными мониторинга и эпиднадзора и практическим опытом,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены¹:

(1) продолжать разворачивать и поддерживать деятельность и мероприятия, предусмотренные в резолюциях WHA53.15 о безопасности пищевых продуктов и WHA55.16 о глобальных действиях общественного здравоохранения в ответ на естественное и случайное высвобождение или преднамеренное применение биологических и химических агентов или радиационно-ядерных материалов, воздействующих на здоровье;

(2) осуществлять дальнейшее развитие и использование основных возможностей, определенных в Приложении 1 Международных медико-санитарных правил (2005 г.), которые применимы и требуются для участия в Международной сети органов по безопасности пищевых продуктов, и особенно в отношении событий, затрагивающих безопасность пищевых продуктов, включая разработку систем для: эпиднадзора за болезнями пищевого происхождения и контаминацией пищевых продуктов; оценки рисков, возможности контроля, управления рисками, включая Систему анализа рисков и критических контрольных точек, и информирования о рисках; осуществления ответных мер в связи с чрезвычайными ситуациями в области безопасности пищевых продуктов; прослеживания и отзыва продуктов; и усиления лабораторного потенциала;

(3) участвовать в полном объеме в качестве членов Международной сети органов по безопасности пищевых продуктов в ее деятельности, в том числе поддерживая своевременную передачу через сеть данных, информации и знаний о чрезвычайных ситуациях в области безопасности пищевых продуктов транспарентным образом;

(4) активизировать включение соображений относительно безопасности пищевых продуктов в продовольственную помощь, продовольственную безопасность и мероприятия в области питания с целью сокращения случаев болезней пищевого

¹ И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

происхождения и улучшения результатов в отношении здоровья населения, в особенности уязвимых групп;

(5) создать или совершенствовать базу фактических данных по безопасности пищевых продуктов с помощью систематических усилий по оценке и эпиднадзору за бременем болезней и всесторонней оценке рисков и соотношения между рисками и выгодами, а также поддерживать международную деятельность в этих областях, в частности, инициативу ВОЗ по оценке глобального бремени болезней пищевого происхождения, возникающих по всем основным причинам (микробиологическим, паразитарным и химическим);

(6) способствовать своевременному проведению международных оценок рисков путем обеспечения соответствующих данных и знаний для более эффективного и согласованного реагирования на болезни пищевого происхождения и вопросы безопасности пищевых продуктов, угрожающие безопасности глобального общественного здравоохранения;

(7) продолжать разработку и поддержание устойчивых мер профилактики, в том числе программ информирования по вопросам безопасности пищевых продуктов, нацеленных на сокращение бремени болезней пищевого происхождения с помощью системного подхода, охватывающего всю цепь производства пищевых продуктов от фермы до этапа потребления;

(8) способствовать развитию диалога и сотрудничества между дисциплинами, относящимися к здоровью человека, ветеринарии и пищевым продуктам, в рамках государств-членов и между ними, сосредоточив внимание на комплексных усилиях по сокращению рисков пищевого происхождения на протяжении всей цепи производства пищевых продуктов, включая учет зоонозных рисков;

(9) активно участвовать в процессе выработки стандартов Комиссией по Кодекс алиментариус и принимать стандарты Кодекса, когда это уместно;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) обеспечить дальнейшее развитие Международной сети органов по безопасности пищевых продуктов путем осуществления Глобальной стратегии ВОЗ в области безопасности пищевых продуктов; поощрять информирование и технический обмен оценками рисков и передовой практикой между членами Сети; способствовать участию государств-членов в функционировании и развитии Сети; и содействовать включению новых членов в состав Международной сети органов по безопасности пищевых продуктов;

(2) укреплять функциональное звено по чрезвычайным ситуациям Международной сети органов по безопасности пищевых продуктов в качестве важнейшего элемента профилактических и чрезвычайных операций ВОЗ, касающихся безопасности пищевых продуктов, и усиливать взаимодействие с другими соответствующими международными организациями и сетями в этой области;

(3) продолжать осуществлять глобальное руководство в оказании технического содействия и обеспечении инструментов, отвечающих потребностям государств-членов и Секретариата в научных оценках рисков пищевого происхождения и бремени болезней пищевого происхождения по всем причинам;

- (4) способствовать включению вопросов безопасности пищевых продуктов в международное обсуждение продовольственных кризисов и вызванных голодом чрезвычайных ситуаций и оказывать государствам-членам и международным учреждениям всестороннюю комплексную техническую поддержку в рассмотрении вопросов безопасности пищевых продуктов, питания и продовольственной безопасности;
- (5) регулярно осуществлять мониторинг и представлять государствам-членам отчетность о глобальном бремени болезней пищевого происхождения и зоонозных болезней на страновом, региональном и международном уровнях;
- (6) содействовать развитию научных исследований, в том числе в области безопасности и качества традиционных пищевых продуктов, и изучению связи между рисками пищевого происхождения и острыми и хроническими заболеваниями, с целью поддержки основанных на фактических данных стратегий борьбы с болезнями пищевого происхождения и зоонозными болезнями и их профилактики, таких как Система анализа рисков и критических контрольных точек;
- (7) обеспечивать государствам-членам поддержку в создании соответствующего потенциала для совершенствования межсекторального сотрудничества и деятельности на международном, региональном и национальном уровнях на протяжении всей цепи производства пищевых продуктов, включая оценку рисков пищевого происхождения и зоонозных рисков, управление ими и информирование о них;
- (8) разработать руководство по аспектам общественного здравоохранения, связанным с зоонозными болезнями, которые возникают на уровне контакта людей и животных, в частности по вопросам профилактики, выявления и ответных мер;
- (9) обеспечивать адекватную и устойчивую поддержку совместных органов экспертов ФАО и ВОЗ, Комиссии по Кодекс алиментариус и Международной сети органов по безопасности пищевых продуктов, с тем чтобы продвигать международные разработки, обеспечение, использование и обмен научными оценками рисков и рекомендациями; поддерживать разработку международных стандартов на пищевые продукты с целью защиты здоровья и нутриционного благополучия потребителей, и более эффективно решать вопросы безопасности пищевых продуктов и информировать о них на национальном и международном уровнях;
- (10) создать совместно с Международной сетью органов по безопасности пищевых продуктов международную инициативную программу сотрудничества партнерских лабораторий в поддержку эпиднадзора за болезнями пищевого происхождения, выявления случаев контаминации пищевых продуктов и принятия ответных мер при чрезвычайных ситуациях, включая расследование вспышек заболеваний и установление связи между продуктами и заболеваниями для обоснования их отзыва с рынка; эта инициатива также включает создание механизмов обмена данными;
- (11) представить через Исполнительный комитет Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения доклад о ходе осуществления этой резолюции.

(Седьмое пленарное заседание, 20 мая 2010 г. –
Комитет А, третий доклад)

WHA63.4 Финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за период 1 января 2008 г. – 31 декабря 2009 г.

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев Финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за период 1 января 2008 г. – 31 декабря 2009 года¹;

приняв к сведению второй доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения²,

СОГЛАШАЕТСЯ с представленным Генеральным директором Финансовым отчетом и ревизованными финансовыми отчетами за период 1 января 2008 г. – 31 декабря 2009 года.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет В, первый доклад)

WHA63.5 Шкала обязательных взносов на 2010-2011 гг.

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о шкале обязательных взносов на 2010-2011 гг.³,

принимая во внимание, что была принята новая шкала обязательных взносов Организации Объединенных Наций на 2010-2012 гг.⁴,

напоминая о том, что Ассамблея здравоохранения в резолюции WHA56.33 постановила принять с этого момента последнюю известную шкалу взносов Организации Объединенных Наций в отношении обязательных взносов государств-членов, принимая во внимание различия в членстве между ВОЗ и Организацией Объединенных Наций,

ПОСТАНОВЛЯЕТ установить на 2011 г. следующую шкалу обязательных взносов:

Государства-члены и ассоциированные члены	Шкала ВОЗ на 2011 гг. %
Афганистан	0,0040
Албания	0,0100
Алжир	0,1280
Андорра	0,0070
Ангола	0,0100
Антигуа и Барбуда	0,0020
Аргентина	0,2870

¹ Документ A63/32.

² Документ A63/51 Rev. 1.

³ Документ A63/31.

⁴ Резолюция 64/248 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций.

Государства-члены и ассоциированные члены	Шкала ВОЗ на 2011 гг. %
Армения	0,0050
Австралия	1,9331
Австрия	0,8511
Азербайджан	0,0150
Багамские Острова	0,0180
Бахрейн	0,0390
Бангладеш	0,0100
Барбадос	0,0080
Беларусь	0,0420
Бельгия	1,0751
Белиз	0,0010
Бенин	0,0030
Бутан	0,0010
Боливия (Многонациональное государство)	0,0070
Босния и Герцеговина	0,0140
Ботсвана	0,0180
Бразилия	1,6111
Бруней-Даруссалам	0,0280
Болгария	0,0380
Буркина-Фасо	0,0030
Бурунди	0,0010
Камбоджа	0,0030
Камерун	0,0110
Канада	3,2072
Кабо-Верде	0,0010
Центральноафриканская Республика	0,0010
Чад	0,0020
Чили	0,2360
Китай	3,1892
Колумбия	0,1440
Коморские Острова	0,0010
Конго	0,0030
Острова Кука	0,0010
Коста-Рика	0,0340
Кот-д'Ивуар	0,0100
Хорватия	0,0970
Куба	0,0710
Кипр	0,0460
Чешская Республика	0,3490
Корейская Народно-Демократическая Республика	0,0070
Демократическая Республика Конго	0,0030
Дания	0,7361
Джибути	0,0010
Доминика	0,0010
Доминиканская Республика	0,0420
Эквадор	0,0400
Египет	0,0940
Сальвадор	0,0190
Экваториальная Гвинея	0,0080
Эритрея	0,0010

Государства-члены и ассоциированные члены	Шкала ВОЗ на 2011 гг. %
Эстония	0,0400
Эфиопия	0,0080
Фиджи	0,0040
Финляндия	0,5660
Франция	6,1234
Габон	0,0140
Гамбия	0,0010
Грузия	0,0060
Германия	8,0186
Гана	0,0060
Греция	0,6910
Гренада	0,0010
Гватемала	0,0280
Гвинея	0,0020
Гвинея-Бисау	0,0010
Гайана	0,0010
Гаити	0,0030
Гондурас	0,0080
Венгрия	0,2910
Исландия	0,0420
Индия	0,5340
Индонезия	0,2380
Иран (Исламская Республика)	0,2330
Ирак	0,0200
Ирландия	0,4980
Израиль	0,3840
Италия	4,9994
Ямайка	0,0140
Япония	12,5309
Иордания	0,0140
Казахстан	0,0760
Кения	0,0120
Кирибати	0,0010
Кувейт	0,2630
Кыргызстан	0,0010
Лаосская Народно-Демократическая Республика	0,0010
Латвия	0,0380
Ливан	0,0330
Лесото	0,0010
Либерия	0,0010
Ливийская Арабская Джамахирия	0,1290
Литва	0,0650
Люксембург	0,0900
Мадагаскар	0,0030
Малави	0,0010
Малайзия	0,2530
Мальдивские Острова	0,0010
Мали	0,0030
Мальта	0,0170
Маршалловы Острова	0,0010

Государства-члены и ассоциированные члены	Шкала ВОЗ на 2011 гг. %
Мавритания	0,0010
Маврикий	0,0110
Мексика	2,3562
Микронезия (Федеративные Штаты)	0,0010
Монако	0,0030
Монголия	0,0020
Черногория	0,0040
Марокко	0,0580
Мозамбик	0,0030
Мьянма	0,0060
Намибия	0,0080
Науру	0,0010
Непал	0,0060
Нидерланды	1,8551
Новая Зеландия	0,2730
Никарагуа	0,0030
Нигер	0,0020
Нигерия	0,0780
Ниуэ	0,0010
Норвегия	0,8711
Оман	0,0860
Пакистан	0,0820
Палау	0,0010
Панама	0,0220
Папуа-Новая Гвинея	0,0020
Парагвай	0,0070
Перу	0,0900
Филиппины	0,0900
Польша	0,8281
Португалия	0,5110
Пуэрто-Рико	0,0010
Катар	0,1350
Республика Корея	2,2602
Республика Молдова	0,0020
Румыния	0,1770
Российская Федерация	1,6021
Руанда	0,0010
Сент-Китс и Невис	0,0010
Сент-Люсия	0,0010
Сент-Винсент и Гренадины	0,0010
Самоа	0,0010
Сан-Марино	0,0030
Сан-Томе и Принсипи	0,0010
Саудовская Аравия	0,8301
Сенегал	0,0060
Сербия	0,0370
Сейшельские Острова	0,0020
Сьерра-Леоне	0,0010
Сингапур	0,3350
Словакия	0,1420

Государства-члены и ассоциированные члены	Шкала ВОЗ на 2011 гг. %
Словения	0,1030
Соломоновы Острова	0,0010
Сомали	0,0010
Южная Африка	0,3850
Испания	3,1772
Шри-Ланка	0,0190
Судан	0,0100
Суринам	0,0030
Свазиленд	0,0030
Швеция	1,0641
Швейцария	1,1301
Сирийская Арабская Республика	0,0250
Таджикистан	0,0020
Таиланд	0,2090
Бывшая югославская Республика Македония	0,0070
Тимор-Лешти	0,0010
Того	0,0010
Токелау	0,0010
Тонга	0,0010
Тринидад и Тобаго	0,0440
Тунис	0,0300
Турция	0,6170
Туркменистан	0,0260
Тувалу	0,0010
Уганда	0,0060
Украина	0,0870
Объединенные Арабские Эмираты	0,3910
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	6,6045
Объединенная Республика Танзания	0,0080
Соединенные Штаты Америки	22,0000
Уругвай	0,0270
Узбекистан	0,0100
Вануату	0,0010
Венесуэла (Боливарская Республика)	0,3140
Вьетнам	0,0330
Йемен	0,0100
Замбия	0,0040
Зимбабве	0,0030
Итого	100,0000

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет В, первый доклад)

WHA63.6 Охрана и безопасность персонала и служебных помещений

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад по охране и безопасности персонала и служебных помещений, а также по Генеральному плану капитальных затрат: охрана и безопасность персонала, и отмечая связанный с ним доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам, представленный Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения¹;

выражая обеспокоенность в связи с уязвимостью Организации в отношении охраны и безопасности персонала;

отмечая финансовый механизм, разработанный Секретариатом для обеспечения устойчивого финансирования безопасности;

признавая неотложные потребности, которые были выявлены, и необходимость связанного с этим финансирования для обеспечения охраны и безопасности персонала и служебных помещений;

отмечая неадекватный остаток средств в Фонде безопасности,

1. ПОСТАНОВЛЯЕТ ассигновать 10 млн. долл. США из поступлений необязательных взносов государств-членов в Фонд безопасности для покрытия расходов на неотложные действия по обеспечению охраны и безопасности персонала и помещений.
2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору представить Исполнительному комитету на его Сто двадцать восьмой сессии в январе 2011 г. доклад по осуществлению проектов, финансируемых через Фонд безопасности.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет В, первый доклад)

WHA63.7 Генеральный план капитальных затрат

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад по охране и безопасности персонала и служебных помещений и Генеральный план капитальных затрат² и принимая к сведению связанный с ним доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам, представленный Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения;

напоминая о потребности в стратегическом подходе к содержанию физических объектов инфраструктуры Организации с помощью использования Генерального плана капитальных затрат на период 2010-2019 гг.;

¹ Документ A63/35 и A63/54, соответственно.

² Документ A63/36.

признавая, что большая часть общего фонда зданий ВОЗ устарела и нуждается в модернизации и более не удовлетворяет приемлемым стандартам охраны, безопасности и энергетической эффективности;

рассмотрев действия, предпринятые организациями системы Организации Объединенных Наций в сфере финансирования крупных работ по модернизации, строительству и приобретениям;

рассмотрев также неотложные и дальнейшие потребности Организации в модернизации, строительстве и приобретениях, а также варианты финансирования Генерального плана капитальных затрат;

рассмотрев далее преимущества этих вариантов создания устойчивого механизма финансирования Фонда недвижимого имущества,

1. ПОСТАНОВЛЯЕТ ассигновать 22 млн. долл. США из средств необязательных поступлений государств-членов в Фонд недвижимого имущества для покрытия расходов на неотложные потребности в модернизации;

2. УПОЛНОМОЧИВАЕТ Генерального директора:

(1) выделять в конце каждого финансового периода до 10 млн. долл. США, при их наличии, из средств необязательных поступлений государств-членов в Фонд недвижимого имущества для финансирования проектов, указанных в Генеральном плане капитальных затрат;

(2) продолжить техническое изучение вопроса и начать работу по неотложным проектам, указанным в докладе¹, в частности по тем, что имеют отношение к обустройству территории штаб-квартиры по периметру и сооружению соответствующих зданий;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору представить доклад Исполнительному комитету на его Сто двадцать восьмой сессии в январе 2011 г. по осуществлению проектов, финансируемых из Фонда недвижимого имущества.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет В, первый доклад)

WHA63.8 Отчет Внешнего ревизора

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев отчет Внешнего ревизора Ассамблеи здравоохранения²;

принимая к сведению восьмой доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения¹;

¹ Документ A63/55.

² Документ A63/37.

ПРИНИМАЕТ отчет Внешнего ревизора Ассамблеи здравоохранения.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет В, первый доклад)

WHA63.9 Оклады сотрудников на неклассифицируемых должностях и Генерального директора

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

принимая к сведению рекомендации Исполнительного комитета в отношении вознаграждения сотрудников на неклассифицируемых должностях и Генерального директора,

1. УСТАНАВЛИВАЕТ оклады брутто помощников Генерального директора и Директоров региональных бюро в сумме 183 022 долл. США в год без учета налогообложения, что составляет скорректированный оклад нетто в сумме 131 964 долл. США (при наличии иждивенцев) или 119 499 долл. США (без иждивенцев);
2. УСТАНАВЛИВАЕТ оклад брутто заместителя Генерального директора в сумме 201 351 долл. США в год без учета налогообложения, что составляет скорректированный оклад нетто 143 878 долл. США (при наличии иждивенцев) или 129 483 долл. США (без иждивенцев);
3. УСТАНАВЛИВАЕТ оклад брутто Генерального директора в сумме 247 523 долл. США в год без учета налогообложения, что составляет скорректированный оклад нетто 173 890 долл. США (при наличии иждивенцев) или 154 641 долл. США (без иждивенцев);
4. ПОСТАНОВЛЯЕТ ввести в действие эти коррективы к вознаграждению с 1 января 2010 года.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет В, первый доклад)

WHA63.10 Партнерства²

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев настоящий доклад о партнерствах³;

признавая крайнюю необходимость и вклад деятельности ВОЗ по сотрудничеству в целях достижения результатов в области здравоохранения и широкий спектр таких видов сотрудничества;

¹ Документ A63/56 Rev.1.

² См. документ A63/44 Add.1 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

³ Документы A63/44 и A63/44 Corr.1.

отмечая, что в Уставе ВОЗ, Одиннадцатой общей программе работы на 2006-2015 гг. и в Среднесрочном стратегическом плане на 2008-2013 гг. сотрудничество и координация представлены в качестве основных функции Организации;

отмечая далее, что за последнее десятилетие резко увеличился рост партнерств в области здравоохранения и других форм сотрудничества;

учитывая необходимость проведения политики ВОЗ по руководству участием в партнерствах и в организации их приема и размещения таким образом, который исключает дублирование деятельности партнерств и основных обязанностей ВОЗ;

приветствуя сотрудничество ВОЗ с заинтересованными сторонами на основании четкого разграничения функций между ними, что создает условия для получения дополнительных преимуществ, обеспечения синергизма и координации между различными программами, способствующими достижению результатов в области глобального и национального здравоохранения и сокращению операционных издержек;

1. ОДОБРЯЕТ политику (см. приложение) в отношении участия ВОЗ в глобальных партнерствах в области здравоохранения и механизмов организации приема и размещения¹;
2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены учитывать эту политику, когда ставится вопрос об участии Генерального директора в партнерствах, особенно в отношении механизмов организации приема и размещения;
3. ПРЕДЛАГАЕТ соответствующим организациям системы Организации Объединенных Наций, международным партнерам по развитию, международным финансовым учреждениям, неправительственным организациям, представителям общин, страдающим от болезней, и структурам частного сектора рассмотреть вопрос об укреплении их сотрудничества с ВОЗ в синергетической форме в целях достижения стратегических целей, содержащихся в Среднесрочном стратегическом плане на 2008-2013 гг.;
4. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:
 - (1) продолжить сотрудничество с соответствующими организациями системы Организации Объединенных Наций, международными партнерами по развитию, международными финансовыми учреждениями, неправительственными организациями, представителями общин, страдающих от болезней, и со структурами частного сектора в выполнении Среднесрочного стратегического плана на 2008-2013 гг. в целях успешного выполнения планов глобального здравоохранения, содержащихся в Одиннадцатой общей программе работы на 2006-2015 гг.;
 - (2) создать оперативную рамочную программу ВОЗ, охватывающую вопросы организации приема и размещения официальных партнерств;
 - (3) осуществлять политику участия ВОЗ в работе с глобальными партнерствами в области здравоохранения и в организации приема и размещения, насколько это возможно и в консультации с соответствующими партнерствами, в отношении существующих механизмов ВОЗ по организации приема и размещения в целях обеспечения их соответствия принципам, содержащимся в этой политике;

¹ См. Приложение 1.

(4) представить Исполнительному комитету любые предложения об организации приема и размещения в ВОЗ официальных партнерств в целях проведения обзора и принятия решения;

(5) представить через Исполком на его Сто двадцать девятой сессии доклад о ходе работы по осуществлению этой резолюции Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения и сообщать о различных действиях, предпринимаемых Секретариатом в отношении партнеров, по осуществлению этой политики в области партнерств.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет В, первый доклад)

WHA63.11 Соглашения с межправительственными организациями¹

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о соглашениях с межправительственными организациями: соглашение между ВОЗ и Международным бюро по эпизоотиям² с предложенной ею поправкой к Соглашению между Международным бюро по эпизоотиям и Всемирной организацией здравоохранения³;

принимая во внимание Статью 70 Устава ВОЗ,

УТВЕРЖДАЕТ следующую поправку к Соглашению между Международным бюро по эпизоотиям и Всемирной организацией здравоохранения:

в Статью 4 вносится поправка посредством добавления следующего текста, который необходимо вставить в качестве подпункта 4.7: "Совместной разработкой в сотрудничестве с другими соответствующими международными учреждениями международных стандартов, связанных с соответствующими аспектами производства продуктов животноводства, которые влияют на безопасность пищевых продуктов".

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет В, первый доклад)

¹ См. Приложение 2.

² Документ A63/46.

³ *Основные документы*, 47-е издание. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

WHA63.12 Наличие, безопасность и качество продуктов крови^{1, 2}

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

Рассмотрев доклад о наличии, безопасности и качестве продуктов крови³,

напоминая резолюцию WHA58.13 о безопасности крови с предложением учредить Всемирный день донора крови, а также соответствующие предыдущие резолюции после принятия резолюции WHA28.72 об использовании крови человека и продуктов крови, в которых государствам-членам настоятельно предлагается содействовать полному осуществлению хорошо организованных, координируемых в национальных масштабах и устойчивых программ по крови с надлежащими системами регулирования, и принять эффективное законодательство, определяющее работу служб крови;

признавая тот факт, что достижение, если этому не препятствуют особые обстоятельства, самообеспеченности по запасам безопасных компонентов крови, основанных на добровольном безвозмездном донорстве крови, и безопасности этих запасов являются важными национальными задачами по предупреждению нехватки крови и по удовлетворению потребностей больных в переливании крови;

осознавая тот факт, что получаемые из плазмы медицинские препараты для лечения гемофилии и иммунных заболеваний включены в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств⁴, а также необходимость содействовать доступу развивающихся стран к этим продуктам;

выражая обеспокоенность по поводу существующего во всем мире неравного доступа к продуктам крови, в особенности к получаемым из плазмы медицинским препаратам, в результате чего многие пациенты, нуждающиеся в переливании крови, с острыми врожденными и приобретенными нарушениями остаются без адекватного лечения;

осознавая, что одним из основных факторов, ограничивающих наличие в мире полученных из плазмы медицинских препаратов, является неадекватное обеспечение запасами плазмы, удовлетворяющей признанным в международных масштабах стандартам для фракционирования;

памятуя о том, что лечение с помощью лабильных компонентов крови постепенно включается в медицинскую практику развивающихся стран и что в связи с этим должны

¹ См. документ EB126/19 Add.1 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Термин "продукты крови" определяются Комитетом экспертов по биологической стандартизации "как любые терапевтические субстанции, получаемые из крови человека, включая цельную кровь, лабильные компоненты крови и лекарственные препараты на основе плазмы".

³ Документ A63/20.

⁴ В Примерном перечне ВОЗ основных лекарственных средств указаны отдельные лекарственные средства, которые в своей совокупности могут обеспечить безопасное и эффективное лечение большинства инфекционных и неинфекционных заболеваний. Данный Перечень включает получаемые из плазмы лекарственные средства, а именно, иммуноглобулины и факторы свертываемости крови, которые необходимы для профилактики и лечения разнообразных серьезных состояний, возникающих во всем мире (<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>).

иметься в наличии большие количества восстановленной плазмы для фракционирования получаемые из плазмы медицинские препараты для удовлетворения их потребностей;

обеспокоенная тем, что в развивающихся странах отсутствуют технологии выделения компонентов крови и возможности для фракционирования, и из-за недостаточных регулирующих мер контроля и неспособности осуществлять надлежащую практику в учреждениях службы крови, плазма, полученная из развивающихся стран, часто непригодна для контрактного фракционирования, что приводит к значительному расточительству плазмы;

убежденная в том, что обеспечение пригодности плазмы для фракционирования требует создания координируемой в национальных масштабах и устойчивой программы по плазме в рамках надлежащим образом организованной, юридически оформленной и регулируемой национальной программы по крови;

признавая, что имеющиеся возможности для сбора плазмы являются ограниченными и не будут достаточны для производства основных лекарственных средств в достаточном объеме для удовлетворения глобальных потребностей, необходимо, чтобы все страны располагали возможностями на местах для сбора плазмы приемлемого уровня качества и безопасности в рамках добровольного и безвозмездного донорства в целях удовлетворения их потребностей;

убежденная в том, что фракционирование должно осуществляться как можно ближе к источнику и что в тех случаях, когда возможности фракционирования плазмы в стране отсутствуют, должна иметься альтернатива использования возможностей для фракционирования в других странах, при этом следует обеспечивать, чтобы запасы получаемых из плазмы медицинских препаратов могли быть доступны для удовлетворения местных потребностей в стране, являющейся поставщиком плазмы;

признавая, что доступ к информации о стратегиях обеспечения поставок продуктов крови в количестве, достаточном для удовлетворения спроса, эффективным механизмом регулирующего контроля, технологиям обеспечения качества и безопасности продуктов крови и руководящим принципам по надлежащему клиническому использованию продуктов крови и рискам, связанным с переливанием, становится все более необходимым;

учитывая, что добровольные и безвозмездные пожертвования крови могут способствовать высоким стандартам безопасности крови и компонентов крови, и осознавая, что безопасность продуктов крови зависит от тестирования всей донорской крови на наличие инфекций, передаваемых в результате переливания, а также от правильной маркировки, хранения и транспортировки продуктов крови;

памятуя о том, что правильное обращение с кровью пациентов означает необходимость принятия всех разумных мер для оптимизации объема собственной крови пациента до операции, сведения к минимуму потери крови пациентом и для учета и оптимизации конкретной физиологической толерантности пациента к анемии в соответствии с руководством ВОЗ по оптимальному клиническому использованию (три основных принципа обращения с кровью пациентов);

признавая, что чрезмерное и ненужное использование переливаний и получаемых из плазмы медицинских препаратов, небезопасная практика переливания крови и ошибки (особенно у постели больного) подвергают серьезному риску безопасность больных;

обеспокоенная тем, что небезопасные продукты крови и/или продукты крови низкого качества могут сделать пациентов уязвимыми к предотвратимым факторам риска, если программы по крови не подвергаются такому уровню контроля, который в настоящее время применяется опытными национальными или региональными органами регулирования;

встревоженная тем, что пациенты в развивающихся странах по-прежнему подвергаются риску предотвратимого инфицирования в результате переливания крови возбудителями заболеваний, таких как вирус гепатита В, вирус гепатита С и ВИЧ;

отмечая возрастающие объемы трансграничного перемещения продуктов крови и диагностических устройств *in vitro*, связанных с безопасностью крови, наряду с их быстрым развитием и внедрением в системы здравоохранения как развитых, так и развивающихся стран;

признавая высокое значение международных биологических референс-материалов (Международных стандартов ВОЗ) для контроля качества продуктов крови и связанных с ними диагностических устройств *in vitro*, для выявления известных и возникающих возбудителей заболеваний, переносимых с кровью;

убежденная в том, что прослеживаемость всех стадий приготовления продуктов крови от донора до реципиента и наоборот имеет важное значение для выявления рисков, особенно рисков передачи возбудителей заболеваний и трансфузионных реакций, а также для мониторинга эффективности корректирующих мер, направленных на сведение к минимуму таких рисков;

убежденная в том, что необходимо внедрять передовой опыт для привлечения добровольных, безвозмездных здоровых доноров крови и плазмы из групп доноров с низким риском и тестирования всей донорской крови на наличие передаваемых при переливании возбудителей заболеваний, и что вся цепочка процессов производства продуктов крови, то есть правильная обработка, маркировка, хранение и транспортировка должна быть охвачена соответствующими надежными системами обеспечения качества;

признавая, что строгий регулирующий контроль имеет жизненно важное значение для обеспечения качества и безопасности продуктов крови, а также соответствующих диагностических устройств *in vitro*, и что необходимо предпринять особые усилия для укрепления технических возможностей регулирующих органов на глобальном уровне, чтобы обеспечить надлежащий контроль во всем мире;

напоминая предыдущие резолюции Ассамблеи здравоохранения, в которых говорится о жизненно важной необходимости укрепить организации, занимающиеся проблемами крови, и обеспечить качество, безопасность и эффективность продуктов крови,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены¹:

(1) предпринять все необходимые шаги для разработки, осуществления и поддержки координируемых в национальных масштабах, эффективно управляемых и устойчивых программ по крови и плазме в соответствии с наличием ресурсов с целью достижения самообеспеченности, если этому не препятствуют особые обстоятельства;

(2) предпринять все необходимые шаги для обновления своих национальных нормативно-правовых актов, касающихся порядка проверки и сроков воздержания доноров, сбора, тестирования, обработки, хранения, транспортировки и применения продуктов крови, а также функционирования регулирующих органов для того, чтобы регулирующий контроль в области качества и безопасности продуктов крови по всей трансфузионной цепочке отвечал признанным в международных масштабах стандартам;

¹ И при необходимости, региональные организации экономической интеграции.

- (3) создать системы обеспечения качества для обработки цельной крови и компонентов крови, установить надлежащую производственную практику для производства получаемых из плазмы медицинских препаратов и соответствующий регулирующий контроль, включая использование диагностических устройств в целях предупреждения заболеваний, передающихся при переливании крови, обладающих максимальной чувствительностью и специфичностью;
- (4) создать потенциал кадровых ресурсов посредством обеспечения начальной и непрерывной подготовки персонала для обеспечения качества работы служб крови и продуктов крови;
- (5) повысить качество деятельности по оценке и регулированию в области продуктов крови и соответствующих медицинских устройств, включая диагностические устройства *in vitro*;
- (6) создать или укрепить системы безопасного и рационального использования продуктов крови и обеспечить подготовку всего персонала, занимающегося клиническим переливанием крови, выполнять возможные решения в целях сведения к минимуму ошибок при переливании крови и повышения безопасности пациентов, содействовать распространению альтернативных методов трансфузии, включая, в тех случаях, когда это приемлемо, аутогемотрансфузию и правильному обращению с кровью пациентов;
- (7) обеспечить надежность механизмов отчетности о серьезных или неожиданных побочных реакциях на донорскую кровь и плазму, а также на получение компонентов крови и медицинских продуктов из плазмы, включая передачу возбудителей заболеваний;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

- (1) направлять деятельность государств-членов по обеспечению соответствия признанным международным стандартам при обновлении своего законодательства, национальных стандартов и регулирующих положений в отношении эффективного контроля качества и безопасности продуктов крови и соответствующих медицинских устройств, включая диагностические устройства *in vitro*;
- (2) предоставить рекомендации и создать потенциал в государствах-членах по руководству и управлению системами обеспечения крови в целях укрепления национальных скоординированных и устойчивых программ по крови и плазме, путем распространения передового опыта о наиболее успешных организационных структурах систем обеспечения крови в целях повышения эффективности и сведения к минимуму ошибок;
- (3) расширить поддержку, оказываемую государствам-членам для разработки и укрепления своих национальных регулирующих органов и дозиметрических лабораторий в целях повышения их компетенции в области контроля продуктов крови и соответствующих медицинских устройств, включая диагностические устройства *in vitro*, а также для содействия созданию региональных сотрудничающих и регулирующих сетей в случае необходимости и целесообразности;
- (4) обеспечить устойчивую разработку и предоставление международных биологических референс-материалов (Международных стандартов ВОЗ) для использования при контроле качества и регулировании продуктов крови и соответствующих диагностических устройств *in vitro*;

- (5) улучшать доступ развивающихся стран к международным биологическим референс-материалам и к научной информации, полученной при их валидации, чтобы обеспечить надлежащее использование этих материалов;
- (6) разработать, предоставить и распространить руководство и оказать техническую поддержку в укреплении национальных скоординированных программ по крови и плазме, а также во внедрении технологии по выделению компонентов крови и фракционированию плазмы для удовлетворения местных потребностей и содействовать эффективному регулирующему контролю за работой служб крови и применением надлежащей практики производства в программах по фракционированию плазмы под контролем регулирующих органов;
- (7) обеспечить руководство, подготовку кадров и оказание поддержки государствам-членам в безопасном и рациональном использовании продуктов крови, оказать поддержку внедрению альтернативных методов трансфузии, включая, в тех случаях, когда это приемлемо, аутогемотрансфузию, безопасной практики переливания крови и правильного обращения с кровью пациентов;
- (8) способствовать научным исследованиям в области новых технологий для производства безопасных и эффективных заменителей крови;
- (9) регулярно, по крайней мере раз в четыре года, информировать Ассамблею здравоохранения через Исполнительный комитет о действиях, предпринятых государствами-членами и другими партнерами, во исполнение данной резолюции.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет В, первый доклад)

WHA63.13 Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя¹

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о стратегиях сокращения вредного употребления алкоголя² и прилагаемый к нему проект глобальной стратегии;

ссылаясь на резолюции WHA58.26 о проблемах общественного здравоохранения, вызываемых вредным употреблением алкоголя, и WHA61.4 о стратегиях сокращения вредного употребления алкоголя;

1. ПРИНИМАЕТ глобальную стратегию сокращения вредного употребления алкоголя³;
2. ЗАЯВЛЯЕТ, что глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя имеет целью служить руководством к действиям на всех уровнях и определить приоритетные

¹ См. документ EB126/13 Add.1 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документ A63/13.

³ См. Приложение 3.

области для глобальных действий и что она представляет собой набор вариантов и мер политики, которые в соответствующих случаях могли бы рассматриваться на предмет осуществления и корректироваться на национальном уровне с учетом национальных обстоятельств, например религиозного и культурного контекстов, национальных приоритетов в области общественного здравоохранения, а также ресурсов, потенциала и возможностей;

3. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены¹:

(1) принять и осуществлять соответствующим образом глобальную стратегию сокращения вредного употребления алкоголя с целью дополнить и поддержать меры политики государств-членов в области общественного здравоохранения, направленные на сокращение вредного употребления алкоголя, и мобилизовать для этого политическую волю и финансовые ресурсы;

(2) продолжить осуществление резолюций WHA61.4 о стратегиях сокращения вредного употребления алкоголя и WHA58.26 о проблемах общественного здравоохранения, вызываемых вредным употреблением алкоголя;

(3) обеспечить, чтобы осуществление глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя вело к укреплению национальных усилий по защите подвергающихся риску групп населения, молодых людей и тех, кто страдает из-за вредного употребления спиртных напитков другими лицами;

(4) обеспечить, чтобы национальные системы мониторинга отражали осуществление глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя и чтобы сообщения об ее осуществлении регулярно направлялись в информационную систему ВОЗ по алкоголю и здоровью;

4. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) придать достаточно высокую организационную приоритетность профилактике и сокращению вредного употребления алкоголя и осуществлению глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя и обеспечить адекватные финансовые и кадровые ресурсы на всех уровнях;

(2) сотрудничать с государствами-членами и оказывать им поддержку при необходимости в осуществлении глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя и в укреплении национальных ответных мер на проблемы общественного здравоохранения, вызываемые вредным употреблением алкоголя;

(3) вести мониторинг хода осуществления глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя и представить доклад о ходе работы через Исполнительный комитет Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет А, четвертый доклад)

¹ И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

WHA63.14 Маркетинг пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированный на детей¹

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними: осуществление глобальной стратегии, а также приложенный к нему свод рекомендаций в отношении маркетинга продуктов и безалкогольных напитков, ориентированного на детей²;

напоминая резолюции WHA53.17 о профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними и WHA60.23 о профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними: осуществление глобальной стратегии;

вновь подтверждая свою приверженность воздействию на два основных фактора риска неинфекционных заболеваний, а именно нездоровое питание и отсутствие физической активности, посредством выполнения Глобальной стратегии по питанию, физической активности и здоровью, одобренной Ассамблеей здравоохранения в 2004 г. (резолюция WHA57.17), и плана действий по осуществлению глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними³, одобренного Ассамблеей здравоохранения в 2008 г. (резолюция WHA61.14);

глубоко обеспокоенная высокой и растущей распространенностью неинфекционных заболеваний в странах с низким и средним уровнями доходов, которые, наряду с инфекционными заболеваниями, продолжают поражать малоимущие слои населения, содействуют двойному бремени болезней, создающему серьезные последствия для сокращения масштабов нищеты и обеспечения экономического развития и увеличивающему различия в показателях здоровья между странами и внутри стран;

глубоко обеспокоенная тем, что в 2010 г., согласно оценкам, более 42 миллионов детей в возрасте до пяти лет будут иметь избыточную массу тела или ожирение, из которых почти 35 миллионов проживают в развивающихся странах, а также обеспокоенная тем, что в большинстве частей мира распространенность детского ожирения быстро увеличивается;

признавая, что нездоровое питание является одним из основных факторов риска неинфекционных заболеваний и что риски, создаваемые нездоровым питанием, формируются в детстве и увеличиваются на протяжении всей жизни;

признавая, что нездоровое питание связано с избыточной массой тела и ожирением и что детям необходимо поддерживать необходимую для здоровья массу тела и потреблять продукты с низким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли, чтобы снизить будущий риск неинфекционных заболеваний;

будучи осведомленной об исследованиях, которые показывают, что ориентированная на детей реклама продуктов питания является широкой и что во всем мире широко распространены другие формы маркетинга продуктов, ориентированного на детей;

¹ См. Приложение 9 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документ A63/12.

³ Документ A61/2008/REC/1, Приложение 3.

признавая, что значительную долю этого маркетинга составляют продукты с высоким содержанием жира, сахара или соли и что телевизионная реклама влияет на пищевые предпочтения детей, их покупательские запросы и структуры потребления;

признавая шаги, предпринятые до настоящего времени сегментами частного сектора для уменьшения маркетинга продуктов и безалкогольных напитков, ориентированного на детей, и отмечая при этом значение независимого и транспарентного мониторинга обязательств, взятых частным сектором на национальном и глобальном уровнях;

признавая, что некоторые государства-члены уже приняли законодательство и национальную политику в отношении маркетинга продуктов и безалкогольных напитков, ориентированного на детей,

1. ОДОБРЯЕТ свод рекомендаций в отношении маркетинга продуктов и безалкогольных напитков, ориентированного на детей¹;

2. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) принять необходимые меры для выполнения рекомендаций в отношении маркетинга продуктов и безалкогольных напитков, ориентированного на детей, учитывая надлежащим образом существующее законодательство и политику;

(2) определить наиболее подходящий политический подход, учитывающий национальные обстоятельства, и разработать новые и/или укрепить существующие политические меры, направленные на сокращение воздействия на детей маркетинга продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли;

(3) создать систему мониторинга и оценки выполнения рекомендаций в отношении маркетинга продуктов и безалкогольных напитков, ориентированного на детей;

(4) принять активные меры по созданию межправительственного сотрудничества для уменьшения воздействия трансграничного маркетинга;

(5) сотрудничать с гражданским обществом, а также с государственными и частными заинтересованными сторонами в выполнении свода рекомендаций в отношении маркетинга продуктов и безалкогольных напитков, ориентированного на детей, чтобы уменьшить воздействие такого маркетинга, обеспечивая при этом предотвращение потенциального конфликта интересов;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) оказывать техническую поддержку государствам-членам, по их просьбе, в выполнении свода рекомендаций в отношении маркетинга продуктов и безалкогольных напитков, ориентированного на детей, а также в мониторинге и оценке их выполнения;

(2) поддерживать существующие региональные сети и, в случае необходимости, содействовать созданию новых, с тем чтобы укреплять международное сотрудничество для уменьшения воздействия на детей маркетинга продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли;

¹ См. Приложение 4.

(3) сотрудничать с гражданским обществом, а также с государственными и частными заинтересованными сторонами в выполнении свода рекомендаций для уменьшения воздействия на детей маркетинга продуктов и безалкогольных напитков, обеспечивая при этом предотвращение потенциального конфликта интересов;

(4) укреплять международное сотрудничество с другими международными межправительственными организациями и органами в содействии выполнению государствами-членами рекомендаций в отношении маркетинга продуктов и безалкогольных напитков, ориентированного на детей;

(5) использовать существующие методологии при оценке плана действий для глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними в целях мониторинга политики в отношении маркетинга продуктов и безалкогольных напитков, ориентированного на детей;

(6) представить информацию о выполнении свода рекомендаций в отношении маркетинга продуктов и безалкогольных напитков, ориентированного на детей, в качестве части доклада о ходе осуществления глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними и плана действий по осуществлению глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, который будет представлен Шестидесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет на его Сто тридцатой сессии.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет А, четвертый доклад)

WHA63.15 Мониторинг достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем¹

Шестидесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о мониторинге достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем²;

напоминая резолюцию WHA61.18 о мониторинге достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем;

напоминая об итогах крупных конференций Организации Объединенных Наций и встреч на высшем уровне в экономической, социальной и относящихся к ним областях, особенно имеющих отношение к глобальному здоровью, в частности об Итоговом документе Всемирного саммита 2005 г. и обязательствах международного сообщества достичь Целей тысячелетия в области развития и о новых обязательствах, принятых в ходе Мероприятия высокого уровня Организации Объединенных Наций по Целям тысячелетия в области развития (Нью-Йорк, 25 сентября 2008 г.);

¹ См. документ EB126/2010/REC/1, Приложение 7 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документ A63/7.

подчеркивая важность достижения связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития, особенно для того, чтобы обеспечить социально-экономическое развитие;

выражая обеспокоенность по поводу того факта, что достижение Целей тысячелетия в области развития варьируется от страны к стране и от цели к цели;

приветствуя заявление министров, принятое в 2009 г. в ходе ежегодного обзора на уровне министров, проводимого Экономическим и Социальным Советом, по поводу осуществления согласованных на международном уровне целей и обязательств в отношении глобального общественного здравоохранения;

ссылаясь на резолюцию 64/108 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (от 10 декабря 2009 г.) о здоровье на глобальном уровне и внешней политике;

признавая, что Цели тысячелетия в области развития взаимосвязаны, и вновь подтверждая приверженность Ассамблеи здравоохранения продолжающемуся возобновлению и укреплению глобального партнерства в интересах развития в качестве важнейшего элемента достижения этих Целей, особенно Целей, относящихся к здоровью, в частности посредством создания потенциала, передачи технологии, обмена наилучшей практикой и извлеченными уроками, сотрудничества Юг-Юг, а также предсказуемости ресурсов;

напоминая о Монтеррейском консенсусе, принятом в марте 2002 г., о том, чтобы "настоятельно призвать развитые страны, которые еще не сделали этого, предпринять конкретные усилия для достижения целевого показателя в 0,7% от валового национального продукта (ВНП) в качестве ОПР" и "призвать развивающиеся страны наращивать прогресс, достигнутый в обеспечении того, чтобы ОПР использовалась эффективно для содействия достижению целей и целевых показателей в области развития";

вновь подтверждая обязательства многих развитых стран достичь к 2015 г. целевого показателя в отношении выделения на официальную помощь развитию 0,7% валового национального дохода и добиться к 2010 г. выделения на официальную помощь развитию 0,56% валового национального дохода, а также достичь целевой показатель в отношении наименее развитых стран в 0,15%-0,20%;

приветствуя растущие усилия по повышению качества официальной помощи развитию и увеличению ее воздействия на развитие, такие как Форум Экономического и Социального Совета по сотрудничеству в целях развития, принципы, содержащиеся в Парижской декларации и Аккрском плане действий, а также опыт Международного партнерства в области здравоохранения и других по укреплению национальной приверженности, согласованности, гармонизации и управления с целью достижения результатов;

отмечая работу Инициативной группы по инновационному финансированию в целях развития и Рабочей группы высокого уровня по инновационному международному финансированию систем здравоохранения, дополнительные обязательства, принятые несколькими странами в целях расширения финансирования здравоохранения, и заявления, сделанные несколькими странами на Встрече высокого уровня по вопросам здравоохранения Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (Нью-Йорк, 23 сентября 2009 г.) относительно достижения всеобщего доступа к приемлемой по цене базовой медицинской помощи, включая обеспечение бесплатных услуг женщинам и детям в месте использования по усмотрению стран, и финансовые механизмы, направленные на обеспечение социальной защиты здоровья;

приветствуя важную инициативу Генерального секретаря Организации Объединенных Наций и работу в рамках Совместного плана действий по улучшению состояния здоровья женщин и детей и его приглашение всех государств-членов принять участие в этой работе;

выражая обеспокоенность по поводу относительно медленного прогресса в достижении Целей тысячелетия в области развития, особенно в странах Африки к югу от Сахары;

выражая глубокую озабоченность по поводу слабого институционального потенциала информационных систем здравоохранения, неадекватного охвата и низкого качества регистрации актов гражданского состояния в развивающихся странах, что препятствует мониторингу хода работы по достижению Целей тысячелетия в области развития;

выражая глубокую обеспокоенность по поводу того, что охрана здоровья матерей, новорожденных и детей и обеспечение всеобщего доступа к службам охраны репродуктивного здоровья по-прежнему сдерживаются факторами несправедливости в отношении здоровья, и по поводу медленного прогресса в достижении 4-й и 5-й Целей тысячелетия в области развития в деле улучшения охраны здоровья детей и матерей;

с удовлетворением отмечая вклад всех соответствующих партнеров и достигнутый прогресс в продвижении к цели обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, помощи и поддержке в связи с ВИЧ/СПИДом;

вновь подтверждая ведущую роль ВОЗ в качестве основного специализированного учреждения Организации Объединенных Наций в области здравоохранения, включая ее роли и функции в отношении политики в области здравоохранения в соответствии с ее мандатом;

приветствуя доклад ВОЗ о женщинах и здоровье¹ в качестве имеющего важное значение для продвижения прав женщин и гендерного равенства, подчеркивая необходимость обеспечивать здоровье женщин с помощью всесторонних стратегий, нацеленных на коренные причины дискриминации, и обращая особое внимание на важное значение укрепления систем здравоохранения, чтобы лучше удовлетворять потребности женщин в области здоровья в плане доступа и всеобъемлемости;

признавая, что важное значение для достижения устойчивых улучшений в состоянии здоровья имеют системы здравоохранения, опирающиеся на принципы преодоления неравенств в отношении здоровья путем обеспечения всеобщего доступа, ставящие людей в центр процесса оказания помощи, интегрирующие охрану здоровья в более широкую государственную политику и обеспечивающие всестороннее руководство в области здравоохранения;

признавая также возрастающее во всем мире бремя неинфекционных заболеваний и напоминая о значении профилактики инфекционных заболеваний, которые по-прежнему являются тяжелым бременем, особенно в развивающихся странах, об отрицательных последствиях для населения, в частности для беднейших и наиболее уязвимых групп населения, продовольственного, экологического, экономического и финансового кризисов, которые могут привести к повышению уровня недостаточности питания и обратить вспять достижение 1-й Цели тысячелетия в области развития (Ликвидация крайней нищеты и голода) и связанных со здоровьем Целей, а также прогресс, достигнутый за последние два десятилетия,

¹ *Женщины и здоровье: сегодняшние проблемы – повестка дня на завтра*. Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) укреплять системы здравоохранения, с тем чтобы они обеспечивали справедливые результаты в отношении здоровья в качестве основы комплексного подхода к достижению 4-й, 5-й и 6-й Целей тысячелетия в области развития, подчеркивая необходимость создания устойчивых национальных систем здравоохранения и укрепления национального потенциала путем уделения внимания, в частности, предоставлению услуг, финансированию систем здравоохранения, кадрам здравоохранения, системам медицинской информации, закупкам и распределению лекарств, вакцин и технологий, медицинской помощи в области сексуального и репродуктивного здоровья и политической воле в осуществлении лидерства и управления;

(2) провести обзор мер политики, в том числе в отношении найма, подготовки и удержания кадров, которые усугубляют проблему нехватки работников здравоохранения и их несбалансированного распределения внутри стран и во всем мире, в частности их нехватку в странах Африки к югу от Сахары, что подрывает системы здравоохранения развивающихся стран;

(3) вновь подтвердить ценности и принципы первичной медико-санитарной помощи, включающие справедливость, солидарность, социальную справедливость, всеобщий доступ к услугам, многосекторальные действия, прозрачность, подотчетность, децентрализацию и участие общин и расширение их прав и возможностей, в качестве основы укрепления систем здравоохранения путем поддержки здравоохранения и развития, с учетом руководящей роли, общественной политики, всеобщего охвата и реформ в области обслуживания, необходимых для укрепления первичной медико-санитарной помощи;

(4) учитывать справедливость в отношении здоровья во всех национальных мерах политики, оказывающих воздействие на социальные детерминанты здоровья, и рассмотреть возможность разработки и укрепления универсальных всеобъемлющих мер политики в области социальной защиты, включающих содействие укреплению здоровья, профилактику инфекционных и неинфекционных заболеваний и оказание медицинской помощи, а также содействие наличию и доступу к товарам и услугам, имеющим важное значение для здоровья и благополучия;

(5) принять дополнительные обязательства по увеличению инвестиций финансовых и кадровых ресурсов и укреплению национальных информационных систем здравоохранения в целях подготовки надежных, достоверных и своевременных фактических данных о достижении Целей тысячелетия в области развития;

(6) возобновить свою приверженность профилактике и ликвидации смертности и заболеваемости матерей, новорожденных и детей с помощью эффективного непрерывного оказания медицинской помощи, укрепления систем здравоохранения, а также комплексных и интегрированных стратегий и программ реагирования на коренные причины гендерного неравенства и отсутствия доступа к надлежащей медицинской помощи и репродуктивному здоровью, включая планирование семьи и обеспечение сексуального здоровья; содействуя соблюдению прав женщин и расширяя усилия по достижению интегрированного управления оказанием медицинской помощи новорожденным и детям, включая меры, направленные на основные причины детской смертности, в частности путем мероприятий, увеличивающих долю исключительного и длительного грудного вскармливания;

(7) значительно расширить усилия, направленные на достижение к 2010 г. цели обеспечить всеобщий доступ к профилактике, лечению, помощи и поддержке в связи с ВИЧ, а также на достижение к 2015 г. цели остановить и обратить вспять распространение ВИЧ/СПИДа;

(8) повышать в максимальной степени синергизм между ответными мерами, принимаемыми в отношении ВИЧ/СПИДа, и укреплением систем здравоохранения и социальной поддержки;

(9) укреплять меры политики, направленные на решение связанных с малярией проблем, включая мониторинг резистентности к лекарственным препаратам в ходе комбинированной терапии на основе артемизинина;

(10) поддерживать и укреплять достижения в борьбе против туберкулеза и разрабатывать инновационные стратегии профилактики, выявления и лечения туберкулеза, включающие средства реагирования на новые угрозы, например коинфицирование ВИЧ, туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью или туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью;

(11) сохранять обязательства в отношении поддержки ликвидации полиомиелита и мер, направленных на ликвидацию кори;

(12) включать в двусторонние и многосторонние инициативы, направленные на достижение Целей тысячелетия в области развития, особенно в инициативы по сотрудничеству Юг-Юг, наилучшую практику укрепления служб здравоохранения;

(13) оказывать поддержку развивающимся странам в их национальных действиях по достижению Целей тысячелетия в области развития, особенно связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития, в частности посредством создания потенциала, передачи технологии, обмена извлеченными уроками и наилучшей практикой, сотрудничества Юг-Юг, а также предсказуемости ресурсов;

(14) выполнить свои обязательства в отношении официальной помощи развитию к 2015 г.;

(15) выполнить и сдержать политическое и финансовое обязательство правительств развивающихся стран по вопросу мобилизации необходимых бюджетных ассигнований для сектора здравоохранения;

2. ПРЕДЛАГАЕТ соответствующим организациям системы Организации Объединенных Наций, международным финансовым учреждениям, и призывает международных партнеров и учреждения по развитию, неправительственные организации и субъектов частного сектора продолжить оказание своей поддержки и рассмотреть возможность дальнейшей поддержки странам, особенно странам Африки к югу от Сахары, в целях разработки и осуществления политики здравоохранения и национальных планов развития здравоохранения в соответствии с согласованными на международном уровне целями в области здравоохранения, включая Цели тысячелетия в области развития.

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) продолжать играть лидирующую роль в мониторинге достижения связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития, в том числе прогресса в направлении достижения всеобщего охвата услугами, имеющими важное значение для этих Целей;

- (2) с этой целью продолжать тесное сотрудничество со всеми другими организациями Организации Объединенных Наций и международными организациями, участвующими в процессе достижения Целей тысячелетия в области развития, в рамках Среднесрочного стратегического плана ВОЗ на 2008-2013 гг. и делая сильный акцент на эффективное использование ресурсов на основе соответствующих мандатов и основных сфер компетенции каждой организации и избегая дублирования усилий и фрагментации помощи, а также содействуя координации работы между международными учреждениями;
- (3) оказывать государствам-членам поддержку в их усилиях, направленных на то, чтобы укрепить их системы здравоохранения, решить проблему нехватки работников здравоохранения, вновь подтвердить ценности и принципы первичной медико-санитарной помощи, и воздействовать на социальные детерминанты здоровья и укреплять их меры государственной политики, нацеленные на обеспечение полного доступа к обеспечению здоровья и социальной защиты, включая улучшение доступа к качественным лекарствам, необходимым для поддержки оказания медицинской помощи, в частности для наиболее уязвимых слоев общества;
- (4) повышать уровень согласованности и координации глобальных мероприятий по укреплению систем здравоохранения на основе первичной медико-санитарной помощи, в сотрудничестве с государствами-членами, соответствующими международными организациями, международными инициативами в области здравоохранения и другими заинтересованными сторонами с целью усилить синергизм между международными и национальными приоритетами;
- (5) сформулировать и представить Ассамблее здравоохранения в рамках ее плана действий по обновлению первичной медико-санитарной помощи меры, которые, как предусматривает Секретариат, усилят его поддержку в достижении 4-й, 5-й и 6-й Целей тысячелетия в области развития;
- (6) вести работу со всеми соответствующими партнерами, чтобы добиться высоких показателей охвата иммунизацией с использованием доступных по цене вакцин гарантированного качества;
- (7) направлять работу со всеми соответствующими партнерами, содействуя обеспечению того, чтобы деятельность по достижению Целей тысячелетия в области развития стала одной из основных тем Пленарного заседания высокого уровня Организации Объединенных Наций 20-22 сентября 2010 г.;
- (8) продолжить сбор и обработку научных фактических данных для достижения связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития и распространять их среди всех государств-членов;
- (9) продолжать ежегодно представлять Ассамблее здравоохранения через Исполнительный комитет доклад о ходе работы по достижению связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития, в том числе об основных препятствиях и путях их преодоления;
- (10) оказывать содействие государствам-членам в разработке надежных информационных систем здравоохранения в целях получения качественных данных для мониторинга и оценки достижения Целей тысячелетия в области развития.

WHA63.16 Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения¹

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев пересмотренный проект глобального кодекса по практике международного найма персонала здравоохранения, содержащийся в приложении к Докладу Секретариата по международному найму персонала здравоохранения: проект глобального Кодекса практики²,

1. ПРИНИМАЕТ, в соответствии со Статьей 23 Устава, Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения³;

2. ПОСТАНОВЛЯЕТ, что первое рассмотрение соответствия и результативности Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения будет осуществлено Шестьдесят восьмой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) предоставить всю возможную поддержку государствам-членам, по мере поступления соответствующих запросов, в осуществлении Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения;

(2) осуществлять сотрудничество со всеми заинтересованными сторонами, которые имеют отношение к осуществлению и мониторингу соблюдения Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения;

(3) разработать в короткие сроки в консультации с государствами-членами руководящие принципы по минимальным наборам данных, обмену информацией и отчетности о выполнении Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения;

(4) на основе периодической отчетности делать предложения, если это необходимо, по пересмотру текста Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения в соответствии с первым обзором, а также по мерам, необходимым для его эффективного применения.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет А, четвертый доклад)

WHA63.17 Врожденные пороки⁴

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

¹ См. Приложение 9 о финансовых и административных последствиях для Секретариата этой резолюции.

² Документ A63/8.

³ См. Приложение 5.

⁴ См. документ EB126/2010/REC/1, Annex 7, о финансовых и административных последствиях для Секретариата этой резолюции.

рассмотрев доклад о врожденных пороках¹;

проявляя обеспокоенность по поводу большого числа случаев мертворождения и смерти новорожденных, происходящих во всем мире, и значительной долей неонатальной смертности среди детей в возрасте до пяти лет;

признавая значение врожденных пороков в качестве причины мертворождений и неонатальной смертности;

принимая во внимание, что в рамках первичной медико-санитарной помощи существуют эффективные мероприятия по предотвращению врожденных пороков, включая оказание на уровне общин надлежащих генетических услуг, которые могут быть интегрированы в службы охраны здоровья матерей, репродуктивного здоровья и здоровья детей, а также мероприятия, направленные на ограничение воздействия факторов риска развития врожденных пороков;

проявляя обеспокоенность по поводу недостаточного охвата мероприятиями по охране здоровья матерей, новорожденных и детей, а также препятствий для доступа к медицинским услугам, которые все еще сохраняются в странах с наибольшим бременем смертности матерей, новорожденных и детей;

сознавая, что достижение четвертой Цели тысячелетия в области развития (сокращение детской смертности) потребует ускоренного прогресса в области сокращения неонатальной смертности, в том числе профилактики и ведения врожденных пороков;

признавая, что отсутствие или неадекватность систем записи актов гражданского состояния в развивающихся странах, а также неточная регистрация данных о причинах смерти являются основными факторами, не позволяющими оценить масштаб проблем общественного здравоохранения, связанных с врожденными пороками;

ссылаясь на резолюцию WHA58.31, в которой Ассамблея здравоохранения, призвав обеспечить всеобщий охват матерей, новорожденных и детей мероприятиями здравоохранения, настоятельно предложила государствам-членам направлять ресурсы и ускорить темпы деятельности на национальном уровне с целью бесперебойного и непрерывного оказания помощи по охране репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей, а также на резолюцию WHA57.13, в которой было признано, что геномика может внести существенный вклад в сферу общественного здравоохранения;

признавая, что распространенность врожденных пороков варьируется между общинами и что недостаточные эпидемиологические данные могут затруднить эффективное и справедливое лечение;

признавая разнообразие причин и детерминант врожденных расстройств, включая предотвратимые факторы, такие как инфекционные или диетологические факторы, болезни, предупреждаемые с помощью вакцин, употребление алкоголя, табака и наркотиков и воздействие химических веществ, в особенности пестицидов;

проявляя глубокую обеспокоенность по поводу того, что врожденные пороки все еще не получили признания в качестве приоритетов общественного здравоохранения;

¹ Документ A63/10.

проявляя обеспокоенность по поводу ограниченности ресурсов, выделяемых на профилактику и лечение врожденных пороков до и после рождения, в частности в странах со средним и низким уровнями доходов,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

- (1) повышать информированность всех соответствующих заинтересованных сторон, в том числе государственных должностных лиц, специалистов здравоохранения, представителей гражданского общества и широкой общественности, о значении врожденных пороков в качестве причины детской заболеваемости и смертности;
- (2) установить приоритеты, направить ресурсы и разработать планы и мероприятия по интеграции эффективных мер¹, которые включают всесторонние методологические указания, информацию и повышение осведомленности о профилактике врожденных пороков, а также оказание медицинской помощи детям с врожденными пороками, в существующую систему услуг по охране здоровья матерей, репродуктивного здоровья и здоровья детей и социального обеспечения для всех лиц, а также эффективные меры, направленные на недопущение употребления табака и алкоголя в период беременности;
- (3) содействовать применению признанных на международном уровне стандартов, регулирующих использование химических веществ в атмосферном воздухе, воде и почве;
- (4) расширять охват эффективными профилактическими мероприятиями, включая вакцинацию против краснухи, добавление фолиевой кислоты, программы борьбы с употреблением табака и алкоголя беременными женщинами и женщинами, желающими забеременеть, программы санитарного просвещения, включающими этические, правовые и социальные проблемы врожденных пороков, для населения в целом и групп высокого риска, а также путем содействия развитию организаций родителей-пациентов и создания надлежащих генетических служб на уровне общин;
- (5) создавать и укреплять системы регистрации и эпиднадзора за врожденными пороками в рамках национальных систем медико-санитарной информации в целях обеспечения наличия достоверной информации для принятия решений в отношении мер профилактики и борьбы с этими врожденными пороками, а также продолжать оказывать помощь и поддержку отдельным людям с врожденными пороками;
- (6) развивать экспертные знания и наращивать потенциал в области профилактики врожденных пороков и ухода за детьми с врожденными пороками;
- (7) укреплять научно-исследовательскую деятельность и исследования по этиологии, диагностированию и профилактике основных врожденных пороков и содействовать развитию международного сотрудничества в борьбе с ними;
- (8) повышать уровень осведомленности всех соответствующих заинтересованных сторон, включая государственных служащих, работников здравоохранения, представителей гражданского общества и широкой общественности, о важном значении программ скрининга новорожденных и их роли в выявлении детей грудного возраста с врожденными пороками;

¹ См. Приложение 6.

(9) принять все необходимые меры с целью обеспечить возможность детям-инвалидам пользоваться в полном объеме всеми правами человека и основными свободами наравне с другими детьми и уделять приоритетное внимание благополучию детей и оказывать поддержку и содействие семьям в их усилиях по уходу за детьми и по их воспитанию;

(10) повышать уровень осведомленности всех соответствующих заинтересованных сторон, включая государственных служащих, работников здравоохранения, представителей гражданского общества и широкой общественности, о важном значении программ скрининга новорожденных и их роли в выявлении детей грудного возраста с врожденными пороками;

(11) оказывать поддержку семьям, в которых есть дети с врожденными пороками и обусловленной ими инвалидностью, и обеспечить детям-инвалидам надлежащие услуги по абилитации и поддержке;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) содействовать сбору данных о глобальном бремени смертности и заболеваемости, вызванных врожденными пороками, и рассмотреть возможность расширения групп врожденных аномалий развития в составе классификации при пересмотре Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр);

(2) продолжать сотрудничество с Международным информационным центром по эпиднадзору и исследованиям врожденных пороков в целях улучшения сбора данных о глобальном бремени заболеваемости и смертности, вызванных врожденными пороками;

(3) оказывать поддержку государствам-членам в разработке национальных планов осуществления эффективных мероприятий по предупреждению и ведению врожденных пороков¹ в рамках их национальных планов охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, в укреплении систем здравоохранения и первичной помощи, включая улучшение охвата вакцинацией, например против кори и краснухи, борьбу с употреблением табака и алкоголя беременными женщинами и женщинами, желающими забеременеть, и стратегии обогащения пищевых продуктов, для профилактики врожденных пороков, и в содействии справедливому доступу к таким услугам;

(4) оказывать поддержку государствам-членам в разработке этических и правовых принципов в связи с врожденными пороками;

(5) оказывать поддержку государствам-членам в обеспечении надлежащих генетических услуг на уровне общины в рамках системы первичной медико-санитарной помощи;

(6) содействовать техническому сотрудничеству между государствами-членами, неправительственными организациями и другими соответствующими органами по профилактике врожденных пороков;

(7) оказывать поддержку и содействие научно-исследовательской работе в области профилактики и ведения врожденных пороков в целях повышения качества жизни лиц с такими нарушениями;

¹ См. Приложение 6.

(8) представить в 2014 г. через Исполнительный комитет доклад о ходе осуществления этой резолюции Шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет А, пятый доклад)

WHA63.18 Вирусный гепатит¹

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о вирусном гепатите²;

принимая во внимание тот факт, что приблизительно 2 миллиарда человек инфицированы вирусом гепатита В и что около 350 миллионов человек страдают хронической формой этой болезни;

учитывая, что гепатит С по-прежнему не поддается профилактике с помощью вакцинации и что примерно 80% случаев инфицирования вирусом гепатита С приобретают хроническую форму;

учитывая важное значение вирусного гепатита как проблемы общественного здравоохранения в глобальном масштабе и необходимость ведения с правительствами, всеми сторонами и населением информационно-пропагандистской работы для принятия мер, направленных на укрепление здоровья, профилактику болезней, диагностику и лечение;

выражая обеспокоенность по поводу отсутствия прогресса в профилактике и борьбе с вирусным гепатитом в развивающихся странах, в частности в странах Африки к югу от Сахары, из-за отсутствия доступа к приемлемым по цене, надлежащим методам лечения и ухода, а также комплексного подхода к мерам профилактики и борьбы с этой болезнью;

учитывая необходимость глобального подхода ко всем формам вирусного гепатита – с особым акцентом на вирусные гепатиты В и С, которые характеризуются более высокими показателями заболеваемости;

напоминая о том, что одним из путей передачи вирусов гепатита В и С является парентеральный и что Ассамблея здравоохранения в резолюции WHA28.72 об использовании крови человека и продуктов крови и обеспечении ими рекомендовала создать национальные государственные службы донорства крови, а в резолюции WHA58.13 согласилась на учреждение ежегодного Всемирного дня донора крови, а также что в обеих резолюциях Ассамблея здравоохранения признала необходимость наличия безопасной крови для реципиентов крови;

вновь подтверждая резолюцию WHA45.17 по иммунизации и качеству вакцин, которая призывала государства-члены к включению вакцин против гепатита В в национальные программы иммунизации;

¹ См. документ EB126/2010/REC/1, Приложение 7 о финансовых и административных последствиях для Секретариата этой резолюции.

² Документ A63/15.

принимая во внимание необходимость снижения уровня смертности от рака печени, а также тот факт, что вирусный гепатит является причиной 78% случаев первичного рака печени;

учитывая наличие обеспечивающих возможность взаимодействия связей между мерами профилактики и борьбы в отношении вирусного гепатита и таких инфекционных болезней, как ВИЧ и другие сопутствующие инфекции, передающиеся половым путем и через кровь;

признавая необходимость снижения заболеваемости в целях профилактики вирусного гепатита и борьбы с ним, расширения доступа к правильной диагностике и обеспечения надлежащих программ лечения во всех регионах;

признавая также необходимость всеобщего использования практики безопасных инъекций, пропагандируемой Глобальной сетью безопасных инъекций ВОЗ,

1. ПОСТАНОВЛЯЕТ проводить 28 июля либо в иной день или дни по решению отдельных государств-членов Всемирный день борьбы против гепатита в целях обеспечения возможности для просветительной работы и большего осознания значения вирусного гепатита как глобальной проблемы общественного здравоохранения, а также активизации действий государств-членов по усилению мер профилактики и борьбы с этой болезнью;

2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) внедрить и/или усовершенствовать системы эпидемиологического надзора, а также, при необходимости, укрепить лабораторный потенциал в целях получения надежной информации для руководства мерами профилактики и борьбы;

(2) поддержать или обеспечить условия для комплексного и экономичного подхода к профилактике, борьбе и ведению вирусного гепатита с учетом взаимосвязей с такой сопутствующей коинфекцией, как ВИЧ, путем многосекторального сотрудничества между учреждениями здравоохранения и образовательными учреждениями, неправительственными организациями и гражданским обществом, включая меры по укреплению безопасности и улучшения качества, а также регулирования продуктов крови;

(3) обеспечить использование с учетом конкретных условий политики, стратегий и инструментов, рекомендованных ВОЗ, в целях определения и осуществления мер профилактики, диагностики и оказания помощи лицам, страдающим вирусным гепатитом, включая мигрантов и уязвимые группы населения;

(4) укреплять национальные системы здравоохранения в целях эффективного обеспечения профилактики вирусного гепатита и борьбы с ним с помощью содействия укреплению здоровья и национального эпиднадзора, включая инструменты для профилактики, диагностики и лечения вирусного гепатита, вакцинации, информации, коммуникации и безопасности инъекций;

(5) обеспечить стратегии вакцинации, меры по борьбе с инфекцией и средства обеспечения безопасности инъекций для работников здравоохранения;

(6) использовать национальные и международные ресурсы, как людские, так и финансовые, для оказания технической поддержки в целях укрепления систем здравоохранения для надлежащего обеспечения местного населения самыми экономически эффективными и приемлемыми по цене мероприятиями, отвечающими потребностям с учетом эпидемиологической ситуации на местах;

- (7) рассмотреть, при необходимости, национальные законодательные механизмы для использования возможностей гибкого реагирования, содержащихся в Соглашении по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности, в целях расширения доступа к конкретной фармацевтической продукции¹;
- (8) рассмотреть, при необходимости, возможность использования существующих административных и правовых средств для содействия расширению доступа к методам профилактики, диагностики и лечения вирусного гепатита;
- (9) разработать и внедрить инструменты мониторинга и оценки в целях определения прогресса в снижении бремени заболеваемости вирусным гепатитом и руководствоваться основанной на фактических данных стратегией для принятия политических решений в отношении мер профилактики, диагностики и лечения;
- (10) пропагандировать мероприятия, проводимые ежегодно 28 июля или в иной день или дни, которые могут быть определены для этой цели по решению отдельных государств-членов в ознаменование Всемирного дня борьбы против гепатита;
- (11) способствовать обеспечению полной безопасности инъекций на всех уровнях в рамках национальной системы здравоохранения;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

- (1) разработать в сотрудничестве с государствами-членами необходимые руководящие принципы, стратегии, ограниченные по времени цели и инструменты для эпиднадзора в целях профилактики вирусного гепатита и борьбы с ним;
- (2) оказывать необходимую поддержку в проведении научных исследований, касающихся профилактики, диагностики и лечения вирусного гепатита;
- (3) улучшить оценку глобальных и региональных экономических последствий и оценивать бремя вирусного гепатита;
- (4) оказывать в соответствующих случаях поддержку государствам-членам с ограниченными ресурсами в проведении мероприятий в ознаменование Всемирного дня борьбы против гепатита;
- (5) предложить международным организациям, финансовым учреждениям и другим партнерам оказывать поддержку и выделять ресурсы для усиления систем эпиднадзора, программ профилактики и борьбы, диагностического и лабораторного потенциала, а также лечения вирусного гепатита в развивающихся странах справедливым, максимально эффективным и соответствующим образом;
- (6) укреплять Глобальную сеть безопасных инъекций ВОЗ;

¹ Генеральный совет ВТО в своем Решении от 30 августа 2003 г. ("О реализации параграфа 6 принятой в Дохе Декларации относительно Соглашения по ТРИПС и общественного здравоохранения") постановил, что под "фармацевтической продукцией" понимается любой запатентованный продукт или продукт, изготовленный с помощью запатентованного процесса, в фармацевтическом секторе, необходимый для решения проблем общественного здравоохранения, как указано в параграфе 1 Декларации. При этом понимается, что это включает активные ингредиенты, необходимые для его изготовления, и диагностические наборы, необходимые для его использования".

(7) сотрудничать с другими организациями системы Организации Объединенных Наций, партнерами, международными организациями и другими соответствующими заинтересованными сторонами в расширении доступа к приемлемым по цене методам лечения в развивающихся странах;

(8) представить Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет доклад о выполнении этой резолюции.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет А, пятый доклад)

WHA63.19 Стратегия ВОЗ по ВИЧ/СПИДу на 2011-2015 гг.¹

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

учитывая, что эпидемия ВИЧ по-прежнему является одной из главных проблем в области здравоохранения и развития как в странах с общей эпидемией, так и в регионах с концентрированной эпидемией, затрагивающей преимущественно группы риска, например мужчин, вступающих в сексуальные контакты с мужчинами, работников секс-индустрии и наркоманов, применяющих наркотики внутривенно;

отмечая, что во всем мире ВИЧ является основной причиной смертности среди женщин репродуктивного возраста и в 2008 г. унес жизни 280 000 детей, что подрывает, таким образом, усилия по достижению 4-ой и 5-ой Целей тысячелетия в области развития;

признавая необходимость сохранить и расширить значительные успехи в профилактике и лечении ВИЧ/СПИДа для достижения 6-ой Цели тысячелетия в области развития, включая неотложную потребность усилить адресные меры профилактики и достичь всеобщего доступа к антиретровирусному лечению в рамках соблюдения прав человека, гендерного равенства и сокращения случаев стигматизации и дискриминации;

признавая далее необходимость укрепления связей между профилактикой и лечением ВИЧ/СПИДа, а также охраной здоровья матери и ребенка для достижения 4-ой и 5-ой Целей тысячелетия в области развития;

напоминая, что в своей работе в области ВИЧ/СПИДа ВОЗ руководствуется рядом стратегий, одобренных несколькими сессиями Всемирной ассамблеи здравоохранения, в том числе в резолюциях WHA53.14, WHA56.30, WHA59.12 и WHA59.19;

учитывая, что стратегия ВОЗ "3 к 5", провозглашенная в 2003 г., которая нацелена на расширение доступа к антиретровирусному лечению, была разработана в контексте Глобальной стратегии сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу (2003-2007 гг.), одобренной Пятьдесят шестой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (WHA56.30);

напоминая, что в 2006 г. ООН приняла целевой показатель по обеспечению к 2010 г.¹ всеобщего доступа к профилактике, лечению и медицинской помощи в связи с ВИЧ, и ВОЗ разработала Всеобщий план обеспечения доступа на 2006-2010 гг., одобренный Пятьдесят девятой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения, которым с тех пор ВОЗ

¹ См. Приложение 9 о финансовых и административных последствиях для Секретариата этой резолюции.

руководствуется в своей работе, с учетом результатов Второй независимой оценки ЮНЭЙДС (2009 г.);

признавая потребность стран в сохранении приверженности решению проблемы эпидемии ВИЧ/СПИДа на всех уровнях, включая самый высокий политический уровень, и в поддержке их усилий по расширению сферы охвата, повышению эффективности и обеспечению устойчивости их ответных мер в связи с ВИЧ, с тем чтобы предоставить им возможность достичь Целей тысячелетия в области развития;

отмечая, что устойчивые ответные меры на ВИЧ требуют их интеграции во всеобъемлющие системы здравоохранения, в том числе в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, сексуального и репродуктивного здоровья, профилактики и борьбы против туберкулеза, сокращения вреда для наркоманов² и первичной медико-санитарной помощи, особенно отмечая, что сохранение этих усилий является сложной задачей в свете глобального финансового кризиса;

признавая, что в большинстве стран на программы антиретровирусного лечения уходит значительная доля общих национальных расходов, связанных со СПИДом, которая оправдывает незамедлительное обращение внимания на анализ и улучшение результатов деятельности этих программ с помощью вовлечения на раннем этапе, обеспечения самого строгого соблюдения указаний по приему лекарственных средств, ограничения устойчивости к лекарственным средствам и сведения к минимуму рискованного поведения, а также повышения уровня национальных расходов на меры по профилактике и борьбе против СПИДа

выражая глубокую обеспокоенность в связи с тем, что в большинстве развивающихся стран финансирование программ по ВИЧ полагается на внешние финансовые ресурсы, поступающие от доноров и глобальных инициатив в области здравоохранения, имеющих возможности для улучшения соблюдения ими обязательств по повышению эффективности помощи; и что ограниченность национальных финансовых ресурсов препятствует финансовой устойчивости программ против ВИЧ,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) подтвердить их приверженность достижению согласованных на международном уровне целей и задач в области развития, в том числе Целей тысячелетия в области развития, в частности цели остановить и положить начало тенденции к сокращению распространения ВИЧ/СПИДа, малярии и других серьезных заболеваний, а также соглашениям по ВИЧ/СПИДу, достигнутым на всех крупных конференциях и встречах на высшем уровне Организации Объединенных Наций, включая Всемирную встречу на высшем уровне 2005 г. и ее заявление о лечении, а также цели достижения к 2015 г. всеобщего доступа к репродуктивному здоровью, как она была сформулирована на Всемирной встрече на высшем уровне 2005 г.;

(2) повысить приверженность правительств программам по ВИЧ/СПИДу, включая активизацию усилий по профилактике, и предпринять шаги по ускорению согласованности между донорами и соблюдению ими обязательств по повышению эффективности помощи;

¹ Резолюция 60/262 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций.

² В соответствии с документом *WHO/UNODC/UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Женева, ВОЗ, 2009 г.

- (3) обеспечить использование с учетом национальных условий политики, стратегий, программ и практических мер и средств, рекомендованных ВОЗ в целях обеспечения эффективных мер профилактики, ранней диагностики, лечения и помощи в связи с ВИЧ; и предпринять дальнейшие шаги в направлении сведения к минимуму социальной стигматизации и дискриминации, которые затрудняют доступ к профилактике, лечению и помощи;
- (4) рассмотреть, при необходимости, возможность использования существующих административных и правовых механизмов для содействия доступу к приемлемым по цене и экономичным средствам профилактики, лечения и помощи;
- (5) включить услуги при ВИЧ/СПИДу во всеобъемлющие стратегии в секторе здравоохранения и других секторах, в том числе в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, сексуального и репродуктивного здоровья, лечения туберкулеза, сокращения вреда¹, и первичной медико-санитарной помощи, чтобы обеспечить устойчивость и максимальную эффективность и действенность;
- (6) осуществлять тщательный мониторинг и оценку программ по ВИЧ/СПИДу путем обеспечения полноты, точности и надежности данных и использовать эту информацию для повышения эффективности программ;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

- (1) взять на себя инициативу по организации процесса широких консультаций с целью разработки стратегии ВОЗ по ВИЧ/СПИДу на 2011-2015 гг., которая будет определять поддержку Секретариата государствам-членам в соответствии с руководящими политическими принципами ЮНЭЙДС, включая Рамочный документ с описанием целей², и в согласовании с более широкими стратегическими рамками, включая Цели тысячелетия в области развития и первичную медико-санитарную помощь, которая будет основана на пяти стратегических направлениях Плана обеспечения всеобщего доступа и будет учитывать изменяющиеся международные условия общественного здравоохранения и отражать Парижскую декларацию о повышении эффективности внешней помощи;
- (2) поощрять и способствовать преобразованию результатов научных исследований в эффективные меры политики здравоохранения в отношении ВИЧ/СПИДа;
- (3) представить Шестьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет Стратегию ВОЗ по ВИЧ/СПИДу на 2011-2015 гг. для рассмотрения и возможного принятия.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет А, пятый доклад)

¹ *UNAIDS. Joint action for results: UNAIDS Outcome Framework 2009–2011*. Женева, ЮНЭЙДС, 2010 г. (документ UNAIDS/09.13E).

² См. документ EB126/2010/REC/1, Приложение 7 о финансовых и административных последствиях для Секретариата этой резолюции.

WHA63.20 Болезнь Шагаса: борьба и ликвидация¹

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о болезни Шагаса: борьбе и ликвидации²;

признавая, что все пути передачи (а именно переносчиками, при трансфузии и трансплантации органов, а также вертикальные и оральные пути) должны быть блокированы, и что, в частности, передача переносчиками в бытовых условиях в странах Латинской Америки должна быть ликвидирована, причем под ликвидацией понимается стабильное прекращение передачи внутри стран;

выражая свое удовлетворение по поводу значительного прогресса, достигнутого странами в направлении достижения цели ликвидации болезни Шагаса, как это рекомендовано в резолюции WHA51.14;

подчеркивая тот факт, что в 2009 г. исполнилось 100 лет со времени описания этой болезни д-ром Карлосом Шагасом;

признавая успехи, достигнутые с помощью межправительственных инициатив в Латинской Америке, и отмечая в этой связи прогресс, достигнутый в ходе осуществления стратегий борьбы с переносчиками;

признавая растущее число случаев болезни Шагаса в странах, в которых она не является эндемической;

принимая во внимание необходимость согласования диагностических и лечебных процедур;

признавая необходимость оказания надлежащей медицинской помощи людям, пораженным болезнью Шагаса;

подчеркивая потребность в более эффективных, безопасных и адекватных лекарственных препаратах, включая педиатрические лекарственные формы, а также в лучшем охвате и распределении тех, которые имеются в настоящее время;

ссылаясь на резолюцию CD49.R19, принятую 49-м Руководящим советом ПАОЗ в 2009 г., которая настоятельно рекомендует государствам-членам взять на себя обязательство ликвидировать или сократить забытые болезни и другие сопутствующие болезни бедности, включая болезнь Шагаса, с тем чтобы болезнь Шагаса не представляла более проблемы общественного здравоохранения;

принимая к сведению значительное сотрудничество и поддержку среди государств-членов, а также поддержку других партнеров и высоко оценивая их постоянную помощь,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

¹ См. документ EB124/2009/REC/1, Приложение 7 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документ A63/17.

- (1) активизировать усилия по укреплению и консолидации национальных программ борьбы, особенно в районах, где вновь появилась болезнь Шагаса, в эндемичных по этой болезни и неэндемичных странах и созданию таких программ, если они не существуют;
- (2) создать механизмы по обеспечению широкого охвата адекватными мерами борьбы, включая содействие достойным и здоровым условиям жизни, профилактике и интеграции конкретных действий в службы здравоохранения на основе первичной помощи наряду с усилением участия общин;
- (3) согласовать системы и укрепить возможности для эпиднадзора, сбора данных, а также анализа и распространения информации;
- (4) включить оказание помощи пациентам с острыми и хроническими клиническими формами болезни Шагаса в первичные медико-санитарные услуги;
- (5) усилить предоставление существующих видов лечения в эндемичных по этой болезни странах с целью сделать доступ всеобщим;
- (6) оказывать содействие и поощрять оперативные исследования в области борьбы с болезнью Шагаса, чтобы:
 - (a) прервать передачу насекомыми-переносчиками в домашних условиях путем борьбы с ними и окончательной ликвидации;
 - (b) содействовать разработке лекарственных средств, которые были бы более подходящими, безопасными и доступными по цене;
 - (c) способствовать разработке обоснованного и доступного теста на излечение;
 - (d) уменьшить риск поздних осложнений этой инфекции;
 - (e) создать системы раннего выявления, особенно выявления новых случаев инфицирования, врожденных инфекций у новорожденных и случаев реактивации у больных с ослабленным иммунитетом;
 - (f) оптимизировать процедуры обеспечения безопасности и скрининга при переливании крови в эндемичных странах и рассмотреть возможность внедрения соответствующих процедур скрининга в неэндемичных странах;
- (7) усилить и согласовать политику общественного здравоохранения в целях сокращения бремени болезни Шагаса, особенно в неэндемичных странах;
- (8) содействовать разработке мер общественного здравоохранения в эндемичных и неэндемичных странах, уделяя особое внимание эндемичным районам, для предупреждения передачи в результате переливания крови и трансплантации органов, а также для ранней диагностики наследственной передачи и ведения случаев заболевания;
- (9) интегрировать на уровне первичной медико-санитарной помощи диагностику и лечение болезни Шагаса у пациентов как в острой, так и хронической стадиях болезни;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

- (1) привлечь внимание к бремени болезни Шагаса и к необходимости обеспечить справедливый доступ к медицинским службам для ведения случаев заболевания и предупреждения передачи;
- (2) усилить осуществление мероприятий по борьбе с переносчиками, чтобы добиться прекращения передачи *Trypanosoma cruzi* на бытовом уровне и содействовать научным исследованиям в целях улучшения или разработки новых стратегий профилактики;
- (3) способствовать проведению в эндемичных по болезни Шагаса районах мероприятий по выявлению зараженных доноров в банках крови в целях интеграции стратегий обеспечения безопасной крови;
- (4) оказывать поддержку странам Американского региона для укрепления межправительственных инициатив и технического секретариата Панамериканского бюро здравоохранения как успешной формы технического сотрудничества между странами, а также рассмотреть инициативу по профилактике болезни Шагаса и борьбе с ней в неэндемичных регионах;
- (5) осуществлять сотрудничество с государствами-членами и межправительственными инициативами для постановки задач и целей прерывания передачи возбудителя, особенно переносчиками в бытовых условиях в странах Латинской Америки;
- (6) оказывать поддержку мобилизации национальных и международных, государственных и частных финансовых и кадровых ресурсов для обеспечения достижения этих целей;
- (7) содействовать научным исследованиям, имеющим отношение к профилактике болезни Шагаса, борьбе с ней и оказанию помощи;
- (8) поощрять межсекторальные усилия и сотрудничество и способствовать работе в составе сети между организациями и партнерами, заинтересованными в поддержке разработки и усиления программ борьбы с болезнью Шагаса;
- (9) представить доклад через Исполнительный комитет о прогрессе в ликвидации болезни Шагаса Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет А, пятый доклад)

WHA63.21 Роль и обязанности ВОЗ в сфере научных исследований в области здравоохранения¹

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

¹ См. документ A63/22 Add.1. о финансовых и административных последствиях для Секретариата этой резолюции.

рассмотрев проект стратегии ВОЗ в области научных исследований в целях здравоохранения¹,

ссылаясь на резолюцию WHA58.34 о встрече на уровне министров по исследованиям в области здравоохранения и на резолюцию WHA60.15 о роли и обязанностях ВОЗ в отношении исследований в области здравоохранения;

признавая вклад научных исследований в разработку решений проблем здравоохранения и в продвижение здравоохранения во всем мире;

сознавая, что в быстро меняющемся мире, который сталкивается со значительными экологическими, демографическими, социальными и экономическими проблемами, научные исследования будут иметь все более важное значение для выяснения характера и масштабов проблем здравоохранения и для определения действенных мероприятий и стратегий, спасающих человеческие жизни;

сознавая все более междисциплинарный и межсекторальный характер исследований в целях совершенствования здравоохранения;

признавая роль и обязанности ВОЗ как ведущей глобальной организации здравоохранения в сфере научных исследований в области здравоохранения;

признавая необходимость укреплять потенциал государственного сектора в исследованиях в области здравоохранения;

признавая, что научные исследования в частном и государственном секторах могут способствовать совершенствованию здравоохранения во всем мире, поддерживая и дополняя друг друга;

сознавая необходимость укреплять осуществление, управление и координацию деятельности ВОЗ в отношении научных исследований в области здравоохранения;

сознавая необходимость более качественного информирования об исследовательской деятельности ВОЗ и ее результатах, особенно ее государств-членов и партнеров;

отмечая ссылки на научные исследования в целях здравоохранения, содержащиеся в резолюции WHA61.21 о Глобальной стратегии и плане действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности, и соответствующие выводы и рекомендации Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья;

принимая во внимание итоги Глобального форума на уровне министров по научным исследованиям в целях здравоохранения (Бамако, 17-19 ноября 2008 г.),

1. ОДОБРЯЕТ стратегию научных исследований ВОЗ в целях здравоохранения;

2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) признать важность научных исследований для улучшения состояния здоровья и повышения справедливости в области здравоохранения и принять и осуществлять меры политики в отношении исследований в целях здравоохранения в соответствии с национальными планами в области здравоохранения, которые включают участие всех

¹ Документ A63/22.

соответствующих секторов, как государственного, так и частного, которые увязывают внешнюю поддержку с взаимными приоритетами и укрепляют основные национальные учреждения;

(2) рассмотреть возможность разработки стратегии по научным исследованиям в целях здравоохранения в соответствии со своими национальными обстоятельствами и условиями, а также в качестве части их общей политики здравоохранения и исследований в области здравоохранения;

(3) укреплять национальные системы исследований в области здравоохранения, совершенствуя лидерство и управление исследованиями в целях здравоохранения, сосредоточив внимание на национальных потребностях, создав действенные институциональные механизмы проведения исследований, используя фактические данные в разработке политики в области здравоохранения и обеспечивая сбалансированность и координацию национальной и внешней поддержки (включая ВОЗ);

(4) создать в необходимых и соответствующих случаях механизмы управления научными исследованиями в целях здравоохранения для обеспечения неукоснительного применения надлежащих нормативов и стандартов в области исследований, включая меры по защите людей, участвующих в исследованиях, и содействовать открытому диалогу между лицами, формулирующими политику, и исследователями о национальных потребностях, возможностях и сдерживающих факторах в области здравоохранения;

(5) совершенствовать сбор надежной информации и данных в области здравоохранения и, при необходимости, максимально расширить бесплатный и неограниченный доступ к ним в сфере общего пользования;

(6) содействовать межсекторальному сотрудничеству и высококачественным исследованиям для получения фактических данных, необходимых для обеспечения того, чтобы меры политики, принятые во всех секторах, способствовали улучшению состояния здоровья и соблюдению принципа справедливости в здравоохранении;

(7) инициировать или укреплять межстрановое сотрудничество с целью повышения эффективности исследований за счет эффекта масштаба путем обмена опытом, надлежащей практикой и ресурсами, объединения механизмов подготовки кадров и снабжения и использования общих стандартизированных методов оценки в целях исследований;

(8) рассмотреть возможность создания в соответствующих случаях региональных механизмов сотрудничества, например центров передового опыта, чтобы содействовать доступу государств-членов к необходимым исследованиям и знаниям для решения проблем в области здравоохранения;

(9) продолжать изыскивать возможности финансирования научных исследований в целях здравоохранения в соответствии с резолюцией WHA58.34 о Встрече на уровне министров по исследованиям в области здравоохранения;

3. ПРЕДЛАГАЕТ государствам-членам, исследовательскому сообществу в области здравоохранения, международным организациям, источникам поддержки исследований, частному сектору, гражданскому обществу и другим причастным заинтересованным сторонам:

(1) оказывать Секретариату поддержку в осуществлении стратегии научных исследований в целях здравоохранения и в мониторинге и оценке ее эффективности;

(2) сотрудничать с Секретариатом в рамках стратегии в определении приоритетов в области исследований в целях здравоохранения, в разработке руководящих принципов, касающихся исследований в целях здравоохранения, и в сборе информации и данных в области здравоохранения;

(3) оказывать Секретариату и партнерам ВОЗ по научным исследованиям содействие в мобилизации большого объема ресурсов для определенных глобальных приоритетов в исследованиях в целях здравоохранения;

(4) уделять особое внимание потребностям стран с низким уровнем доходов в исследованиях, в частности в таких областях, как передача технологий, исследовательские кадры и развитие инфраструктуры, а также детерминанты здоровья, особенно в тех случаях, когда это будет способствовать достижению Целей тысячелетия в области развития, обеспечению справедливости в отношении здоровья и улучшению здоровья для всех, а также сотрудничать с государствами-членами ВОЗ и Секретариатом для лучшего согласования и координации глобальной архитектуры исследований в области здравоохранения и руководства исследованиями посредством рационализации существующих глобальных партнерств по исследованиям в области здравоохранения с целью усиления согласованности и действенности, а также повышения эффективности и обеспечения справедливости;

(5) поддерживать в соответствующих случаях техническое сотрудничество развивающихся стран в проведении научных исследований в целях здравоохранения;

4. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) обеспечить лидерство в определении глобальных приоритетов для исследований в целях здравоохранения;

(2) осуществлять данную стратегию на всех уровнях в рамках Организации и совместно с партнерами, а также в соответствии со ссылками на исследования в целях здравоохранения, содержащимися в Глобальной стратегии и плане действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности;

(3) повышать качество исследований в рамках Организации;

(4) выделять в предлагаемых программных бюджетах надлежащие основные ресурсы на осуществление стратегии исследований в целях здравоохранения;

(5) обеспечить поддержание в ВОЗ самых высоких норм и стандартов в отношении надлежащего уровня исследований, включая технические, этические и методологические аспекты и практическую реализацию, использование и распространение результатов, а также рассмотреть и согласовать архитектуру и руководство исследовательской деятельностью Организации и партнерств в этой области;

(6) оказывать поддержку государствам-членам по их просьбе и при наличии ресурсов в осуществлении соответствующих действий, направленных на укрепление национальных систем научных исследований в области здравоохранения и межсекторального сотрудничества, включая создание потенциала с целью формирования стабильной критической массы систем здравоохранения и исследователей в области здравоохранения в развивающихся странах;

(7) укреплять роль сотрудничающих центров ВОЗ как хорошо сложившихся, эффективных механизмов сотрудничества между Организацией и странами в области исследований в целях здравоохранения;

(8) представить в 2012 г. через Исполнительный комитет Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения доклад об осуществлении этой резолюции.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет А, пятый доклад)

WHA63.22 Трансплантация органов и тканей человека¹

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о трансплантации органов и тканей человека²;

ссылаясь на резолюции WHA40.13, WHA42.5 и WHA44.25 о получении и трансплантации органов и на резолюцию WHA57.18, в которой предлагается внести коррективы в Руководящие принципы по трансплантации органов человека;

сознавая растущие масштабы и пользу от трансплантации клеток, тканей и органов человека при разнообразных заболеваниях в странах с низкими, а также высокими уровнями ресурсов;

будучи привержена принципам человеческого достоинства и солидарности, осуждающих покупку частей тела человека для трансплантации и эксплуатацию беднейших и наиболее уязвимых групп населения и торговлю людьми, вследствие подобной практики;

будучи преисполнена решимости предотвратить вред от погони за финансовой прибылью или сопоставимыми преимуществами при заключении сделок в отношении частей тела человека, в том числе при торговле органами и трансплантационном туризме;

будучи убеждена в том, что добровольное неоплачиваемое донорство органов, клеток и тканей от умерших и живых доноров способствует обеспечению жизненно важного общественного ресурса;

сознавая наличие широкого трансграничного оборота клеток и тканей для трансплантации;

сознавая необходимость послетрансплантационного надзора за неблагоприятными явлениями и реакциями, сопутствующими донорству, включая долгосрочный контроль за живыми донорами, обработкой и трансплантацией клеток, тканей и органов человека как таковых, а также необходимость международного обмена такими данными в целях обеспечения оптимальной безопасности и эффективности трансплантации,

¹ См. документ A63/24 Add.1. о финансовых и административных последствиях для Секретариата этой резолюции.

² Документ A63/24.

1. ОДОБРЯЕТ Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов¹;

2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены²:

(1) соблюдать Руководящие принципы по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов при формулировании и обеспечении соблюдения в соответствующих случаях их собственных политики, законов и законодательства относительно донорства и трансплантации клеток, тканей и органов человека;

(2) содействовать разработке систем для бескорыстного, добровольного и бесплатного донорства клеток, тканей и органов как таковых и повышать информированность и понимание общественностью преимуществ добровольного неоплачиваемого обеспечения клеток, тканей и органов как таковых от умерших и живых доноров в противоположность физическим, психологическим и социальным рискам для отдельных лиц и общин, проистекающим из торговли материалами человеческого происхождения и трансплантационного туризма;

(3) препятствовать погоне за финансовой прибылью или сопоставимыми преимуществами при заключении сделок в отношении частей тела человека, торговли органами и трансплантационного туризма, в том числе побуждая специалистов здравоохранения уведомлять соответствующие органы, когда им становится известно о подобной практике, в соответствии с национальным потенциалом и законодательством;

(4) содействовать системе транспарентного, справедливого распределения органов, клеток и тканей, основанной на клинических критериях и этических нормах, а также справедливому доступу к службам трансплантации в соответствии с национальным потенциалом, который является основой для поддержки общественностью добровольного донорства;

(5) повышать безопасность и эффективность донорства и трансплантации, содействуя использованию международного передового опыта;

(6) укреплять национальные и многонациональные органы и/или потенциал по обеспечению надзора, организации и координации донорства и трансплантационной деятельности с уделением особого внимания максимальному расширению донорства от умерших доноров и защите здоровья и благополучия живых доноров с помощью надлежащих служб медико-санитарной помощи и долгосрочного контроля;

(7) осуществлять сотрудничество по сбору данных, включая неблагоприятные явления и реакции, о практике, безопасности, качестве, эффективности, эпидемиологии и этических аспектах донорства и трансплантации;

(8) поощрять внедрение согласованных на глобальном уровне систем маркирования клеток, тканей и органов человека как таковых в целях содействия национальному и международному отслеживанию материалов человеческого происхождения для трансплантации;

¹ См. Приложение 8

² И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

- (1) как можно шире распространять обновленные Руководящие принципы по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов среди всех заинтересованных сторон;
- (2) оказывать государствам-членам и неправительственным организациям поддержку в установлении запрета на торговлю материалами человеческого происхождения и на трансплантационный туризм;
- (3) продолжать сбор и анализ глобальных данных о практике, безопасности, качестве, эффективности, эпидемиологии и этических аспектах донорства и трансплантации клеток, тканей и органов человека;
- (4) способствовать доступу государств-членов к соответствующей информации о донорстве, обработке и трансплантации клеток, тканей и органов человека, в том числе к данным о тяжелых неблагоприятных явлениях и реакциях;
- (5) оказывать по просьбе государств-членов техническую поддержку в разработке национального законодательства, правил и подходящих систем прослеживаемой кодировки для донорства и трансплантации клеток, тканей или органов человека, в частности, содействуя международному сотрудничеству;
- (6) периодически проводить обзор Руководящих принципов по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов с учетом национального опыта их реализации и развития ситуации в области трансплантации клеток, тканей и органов человека;
- (7) представлять Ассамблее здравоохранения через Исполнительный комитет по крайней мере один раз в четыре года доклад о деятельности Секретариата, а также государств-членов по осуществлению настоящей резолюции.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет А, пятый доклад)

WHA63.23 Питание детей грудного и раннего возраста¹

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,
рассмотрев доклад о питании детей грудного и раннего возраста²;

ссылаясь на резолюции WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA46.7, WHA47.5, WHA49.15, WHA54.2, WHA55.25, WHA58.32, WHA59.21 и WHA61.20 о питании детей грудного и раннего возраста и о питании и

¹ См. документ EB126/2010/REC/1, Приложение 7 о финансовых и административных последствиях для Секретариата этой резолюции.

² Документ A63/9.

ВИЧ/СПИДу, а также на Руководство Кодекс алиментариус по использованию заявлений о пищевой ценности и пользы для здоровья¹;

осознавая, что для достижения Целей тысячелетия в области развития необходимо снизить уровень недостаточности питания матерей и детей;

сознавая, что 11% глобального бремени болезней в мире приходится на долю неадекватного питания, что ведет к долговременному ухудшению состояния здоровья и инвалидности и к низким показателям в области образования и развития; что 186 миллионов детей в мире отстают в росте², а 20 миллионов страдают самой смертоносной формой тяжелого острого недоедания ежегодно и что на долю факторов риска, связанных с питанием, включая пониженную массу тела, неоптимальное грудное вскармливание и нехватку витаминов и микроэлементов, в частности витамина А, железа, йода и цинка, приходится 3,9 миллиона случаев смерти (35% от общего числа смертей) и 144 миллиона лет жизни, скорректированных на инвалидность (33% от общего количества лет жизни, скорректированных на инвалидность) среди детей в возрасте до пяти лет;

сознавая, что страны сталкиваются с постоянно возрастающими медико-санитарными проблемами, обусловленными двойным бременем неадекватного питания (как недоедания, так и избыточного веса), что влечет за собой негативные последствия на последующих этапах жизни;

признавая, что 90% детей с задержкой роста проживают в 36 странах и что от недоедания страдают больше всего дети в возрасте до двух лет;

признавая, что продвижение заменителей грудного молока и некоторых продуктов питания для детей грудного и раннего возраста в коммерческих целях подрывает прогресс в области оптимального питания детей грудного и раннего возраста;

учитывая проблемы, обусловленные пандемией ВИЧ/СПИДа и трудностями, связанными с разработкой соответствующей политики в области питания детей грудного и раннего возраста, и будучи обеспокоена тем фактом, что продовольственная помощь не удовлетворяет диетологическим требованиям детей, инфицированных ВИЧ;

испытывая озабоченность по поводу того, что при чрезвычайных ситуациях, многие из которых происходят в странах, не находящихся на пути к достижению Цели тысячелетия в области развития 4, включая ситуации, обусловленные воздействием изменения климата, дети грудного и раннего возраста особенно уязвимы к недостаточности питания, болезням и летальному исходу;

признавая, что национальные планы по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и международные ответные меры при чрезвычайных ситуациях не всегда охватывают меры защиты, содействия и поддержки оптимального питания детей грудного и раннего возраста;

выражая глубокую озабоченность в связи с постоянными сообщениями о нарушениях Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока некоторыми

¹ Документ CAC/GL/23.

² *Мировая статистика здравоохранения, 2010 г.* Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2010 г.

производителями и дистрибьюторами продуктов для детского питания в плане продвижения сбыта продукции, ориентированного на матерей и работников здравоохранения;

выражая далее глубокую озабоченность в связи с сообщениями о неэффективности мер, особенно добровольных мер по обеспечению соблюдения Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока в некоторых странах;

сознавая, что неправильная практика вскармливания и ее последствия представляют собой серьезные препятствия на пути обеспечения устойчивости социально-экономического развития и сокращения масштабов нищеты;

будучи обеспокоена по поводу огромного числа детей грудного и раннего возраста, которые до сих пор вскармливаются неправильно и чье состояние питания, рост и развитие, здоровье и само выживание ставятся тем самым под угрозу;

учитывая тот факт, что осуществление Глобальной стратегии в области питания детей грудного и раннего возраста и ее оперативные задачи предполагают необходимость решительной политической поддержки и всестороннего подхода, включая укрепление систем здравоохранения и общин, уделяя особое внимание Инициативе создания больниц, доброжелательных к ребенку и тщательный мониторинг эффективности используемых мер вмешательства;

признавая, что совершенствование практики исключительного грудного вскармливания, адекватного и своевременного прикармливания, наряду с продолжением грудного вскармливания до достижения возраста двух лет или старше могло бы способствовать спасению жизней около полутора миллионов детей в возрасте до пяти лет ежегодно;

сознавая, что для успешного расширения масштабов безопасных и эффективных мер вмешательства в области питания, основанных на фактических данных, нужна соответствующая межсекторальная политика в области пищевых продуктов и питания;

признавая необходимость всесторонней национальной политики в области питания детей грудного и раннего возраста, которая была бы должным образом включена в национальные стратегии питания и обеспечения выживания детей;

будучи убеждена в том, что сейчас настало время, когда правительства, гражданское общество и международное сообщество должны подтвердить свои обязательства по содействию оптимальному кормлению детей грудного и раннего возраста и наладить тесное сотрудничество в этих целях;

будучи убеждена в том, что укрепление системы надзора за питанием на национальном уровне является исключительно важным элементом в деле осуществления эффективной политики и расширения масштабов мер вмешательства в области питания,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

- (1) усилить политическую поддержку в целях предупреждения и сокращения масштабов неадекватного питания во всех его формах;
- (2) укрепить и ускорить работу по устойчивому осуществлению глобальной стратегии в области питания детей грудного и раннего возраста, в том числе с акцентом на введение в действие целей и принципов Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока, и осуществление Инициативы больниц, доброжелательных к ребенку;

- (3) разработать и/или усилить законодательные, регулирующие и другие эффективные меры для контроля за маркетингом заменителей грудного молока, с тем чтобы обеспечить выполнение Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока и соответствующей резолюции, принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения;
- (4) прекратить ненадлежащие формы продвижения сбыта продуктов питания для детей грудного и раннего возраста и запретить использование заявлений об их полезности для питания и здоровья, за исключением случаев, специально предусмотренных в стандартах Кодекс Алиментариус или в национальном законодательстве;
- (5) разработать или пересмотреть нынешние политические рамки, касающиеся двойного бремени недостаточности питания и включить в них детское ожирение и продовольственную безопасность и выделить достаточные людские и финансовые ресурсы на обеспечение их соблюдения;
- (6) расширять масштабы мер вмешательства в целях улучшения питания детей грудного и раннего возраста комплексного характера с помощью защиты, пропаганды и поддержки практики грудного вскармливания и своевременного, безопасного и адекватного прикармливания в качестве основных мер воздействия; осуществления мер профилактики и лечения тяжелых форм недостаточности питания; и целенаправленного контроля за недостаточностью витаминов и микроэлементов;
- (7) рассматривать и применять надлежащим образом пересмотренные принципы и рекомендации в отношении питания детей грудного возраста в контексте ВИЧ, выпущенные ВОЗ в 2009 г.¹, в целях решения проблемы питания детей грудного возраста для ВИЧ-инфицированных матерей и их семей, обеспечивая при этом среди всего населения защиту, продвижение и поддержку практики исключительного и длительного грудного вскармливания;
- (8) обеспечить, чтобы национальные и международные планы обеспечения готовности и ответные меры при чрезвычайных ситуациях соответствовали основанным на фактических данных Операционным правилам для персонала по оказанию чрезвычайной помощи и руководителей программ² в отношении питания детей грудного и раннего возраста при чрезвычайных ситуациях, что включает защиту, продвижение и поддержку оптимального грудного вскармливания, а также необходимость сведения к минимуму рисков искусственного вскармливания, обеспечивая при этом, чтобы закупка, распределение и использование любых требуемых заменителей грудного молока осуществлялись в соответствии со строгими критериями;
- (9) включать стратегии, упомянутые в подпункте 1(6) выше, в деятельность комплексных служб охраны здоровья матери и ребенка и оказывать поддержку в достижении цели всеобщего охвата и соблюдения принципов первичной медико-санитарной помощи, включая укрепление систем здравоохранения, как указано в резолюции WHA62.12;

¹ *Rapid advice: revised principles and recommendations in the context of HIV*, November 2009. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

² Доступны в онлайн-режиме на веб-сайте <http://www.ennonline.net/resources/6>.

(10) укрепить системы надзора за питанием и улучшить практику использования и представления согласованных показателей Целей тысячелетия в области развития для мониторинга прогресса;

(11) обеспечить соблюдение принятых ВОЗ Стандартов роста детей путем их полного включения в программы охраны здоровья детей;

(12) осуществлять меры, направленные на предупреждение недостаточности питания в соответствии со стратегией ВОЗ по ведению случаев тяжелой острой недостаточности питания на уровне сообществ¹, в особенности путем улучшения систем водоснабжения и санитарии и соблюдения правил гигиены в целях защиты детей от инфекционных заболеваний и инфекций;

2. ПРИЗЫВАЕТ производителей и дистрибьюторов продуктов детского питания полностью соблюдать свои обязанности в соответствии с Международным сводом правил сбыта заменителей грудного молока и последующими соответствующими резолюциями Всемирной ассамблеи здравоохранения;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) укрепить фактическую базу данных по эффективным и безопасным действиям в области питания в целях противодействия негативным медико-санитарным последствиям двойного бремени недостаточности питания и составить описание надлежащей практики для ее успешного внедрения;

(2) включить вопрос питания в качестве основного компонента во все программы и стратегии ВОЗ в области здравоохранения и подтвердить наличие необходимых мер в области питания, включая интеграцию пересмотренных принципов и рекомендаций в отношении питания детей грудного возраста в контексте ВИЧ, выпущенных ВОЗ в 2009 г., в рамках реформы первичной медико-санитарной помощи;

(3) сохранить и укрепить существующие механизмы для сотрудничества с другими учреждениями Организации Объединенных Наций и международными организациями, участвующими в работе по обеспечению улучшенного питания, включая четкое определение руководящей роли, разделения труда и конечных результатов;

(4) оказывать поддержку государствам-членам, по их просьбе, в расширении используемых ими мер в области питания, связанных с двойным бременем неадекватного питания, в мониторинге и оценке воздействия, в укреплении или создании эффективных систем надзора за питанием и во внедрении принятых ВОЗ Стандартов роста детей, а также Инициативы по созданию в больницах, доброжелательных к ребенку;

(5) оказывать поддержку государствам-членам, по их просьбе, в их усилиях по разработке и/или усилении законодательных, регулирующих и других эффективных мер контроля за сбытом заменителей грудного молока;

(6) разработать всеобъемлющий план осуществления деятельности в области питания детей грудного и раннего возраста в качестве важнейшего компонента глобальной межсекторальной рамочной программы в области питания для предварительного

¹ *Community-based management of severe acute malnutrition: a joint statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund.* Женева, ВОЗ, 2007 г.

обсуждения на Шестьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения и окончательного представления на Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет и после широких консультаций с государствами-членами.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет А, пятый доклад)

WHA63.24 Ускорение прогресса в достижении четвертой Цели тысячелетия в области развития для сокращения детской смертности: профилактика и лечение пневмонии¹

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о лечении и профилактике пневмонии²;

учитывая совместный доклад ВОЗ/ЮНИСЕФ о глобальном плане действий по профилактике пневмонии и борьбе с ней, представленный в ноябре 2009 г.³;

отмечая первое предварительное рыночное обязательство в отношении пневмококковой вакцины и достигнутый к настоящему времени прогресс в деле включения вакцины против *Haemophilus influenza* типа b в программы плановой иммунизации;

отмечая также введение Планов по ускоренной разработке и внедрению пневмококковой вакцины;

напоминая, что в резолюции WHA58.15 о глобальной стратегии иммунизации Генеральному директору предлагается мобилизовать ресурсы для содействия обеспечению наличия и экономической доступности в странах будущих новых вакцин на основе фактических данных об эпидемиологических характеристиках;

будучи обеспокоенной отсутствием существенного прогресса на пути сокращения заболеваемости и смертности от пневмонии, несмотря на то, что она в глобальном масштабе является ведущей причиной смертности детей в возрасте до пяти лет;

сознавая, что сокращение глобального бремени пневмонии будет иметь важное значение для решения Задачи 4.А четвертой Цели тысячелетия в области развития;

отмечая, что существуют безопасные и высокоэффективные средства борьбы с пневмонией в виде стратегии ВОЗ по интегрированному ведению болезней детского возраста для ведения случаев заболевания на всех уровнях, всеобщей иммунизации детей против инфекций *Haemophilus influenza* типа b и *Streptococcus pneumoniae*, улучшения питания и увеличения низкой массы тела при рождении, борьбы с загрязнением воздуха внутри помещений, вызванным использованием домашними хозяйствами твердого топлива и

¹ См. документ EB126/2010/REC/1, Приложение 7 о финансовых и административных последствиях для Секретариата этой резолюции.

² Документ A63/26.

³ Документ WHO/FCH/CAH/NCH/09.04.

вторичным табачным дымом в домашних хозяйствах, а также профилактики и лечения ВИЧ-инфекции;

отмечая далее, что приемлемая цена вакцин, используемых в профилактике пневмонии, и значительное расширение емкости холодовых цепей обуславливают принятие и осуществление программ вакцинации, особенно в развивающихся странах;

будучи обеспокоенной тем, что пневмония в глобальном масштабе по-прежнему ежегодно вызывает более 1,8 миллиона предупреждаемых случаев смерти детей в возрасте до пяти лет;

отмечая, что Альянс ГАВИ и другие доноры предоставили существенные ресурсы, и что Международный финансовый механизм в поддержку иммунизации и Обратный фонд иммунизации ПАОЗ являются мощными механизмами для направления ресурсов в программы иммунизации;

приветствуя вклад в мобилизацию ресурсов для развития добровольных инновационных инициатив в области финансирования, осуществляемых группами государств-членов;

отмечая, кроме того, что усилия по укреплению потенциала систем здравоохранения по эффективному выявлению и ведению пневмонии, вероятно, также внесут позитивный вклад в усилия по достижению 5-ой Цели тысячелетия в области развития (Улучшение охраны материнства);

сознавая, что в результате пандемии (H1N1) - 2009 возросла информированность относительно необходимости общесистемного укрепления ведения серьезных острых респираторных инфекций, и отмечая, что вследствие этого будет своевременно опереться на инвестиции, произведенные в связи с пандемией, и продолжить усилия по обеспечению того, чтобы больные острыми респираторными заболеваниями получали незамедлительное и эффективное лечение,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

- (1) применять в соответствии со своими конкретными условиями меры политики, стратегии и средства, рекомендованные ВОЗ для профилактики и лечения пневмонии;
- (2) разработать основанные на фактических данных национальные меры политики и оперативные планы по укреплению систем здравоохранения в целях расширения охвата групп риска эффективными профилактическими и лечебными мероприятиями;
- (3) проводить эффективную и своевременную оценку результатов осуществления программ, включая охват мероприятиями и их воздействие, и использовать эти оценки для пополнения базы данных ВОЗ о характеристиках стран;
- (4) выявлять национальные и международные ресурсы, как кадровые, так и финансовые, для укрепления систем здравоохранения и предоставления технической поддержки, чтобы обеспечить осуществление наиболее подходящих на местном уровне и в эпидемиологическом отношении стратегий и охват целевых групп населения;
- (5) осуществлять рекомендации, содержащиеся в совместном глобальном плане действий ВОЗ/ЮНИСЕФ по профилактике пневмонии и борьбе с ней, учитывая значение:

- (a) комплексного ведения случаев заболевания на уровне местных сообществ, центров здравоохранения и больниц;
- (b) иммунизации путем ускорения принятия приемлемых по цене и эффективных в отношении затрат вакцин на основе фактических данных о национальных эпидемиологических характеристиках;
- (c) исключительно грудного вскармливания в течение шести месяцев;
- (d) улучшения питания и предупреждения низкой массы тела при рождении;
- (e) борьбы с загрязнением воздуха внутри помещений; и
- (f) профилактики и ведения ВИЧ-инфекции;

(6) поддерживать комплексные подходы к профилактике и лечению пневмонии посредством многосекторального сотрудничества и проявления ответственности и участия населения;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

- (1) укреплять кадровые ресурсы в области профилактики пневмонии и борьбы с ней на всех уровнях, особенно на страновом уровне, повышая таким образом потенциал страновых бюро ВОЗ в оказании поддержки национальным программам здравоохранения в целях координации деятельности партнеров по профилактике пневмонии и борьбе с ней;
- (2) собрать на форуме заинтересованные государства-члены, организации системы Организации Объединенных Наций, Альянс ГАВИ, советы по медицинским исследованиям и другие заинтересованные стороны в целях улучшения координации деятельности между различными участниками в борьбе против пневмонии и мобилизации ресурсов для содействия наличию и доступности вакцин против *Haemophilus influenza* типа b и пневмококковых вакцин;
- (3) расширить охват доклада, представляемого Ассамблее здравоохранения через Исполнительный комитет, о ходе работы по достижению связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития, который был запрошен в резолюции WHA61.18, включив в него ход осуществления настоящей резолюции, начиная с Шестьдесят четвертой сессии Ассамблеи здравоохранения.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет А, пятый доклад)

WHA63.25 Улучшение здоровья посредством обеспечения безопасного и экологически обоснованного удаления отходов¹

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

¹ См. документ EB126/2010/REC/1, Приложение 7 о финансовых и административных последствиях для Секретариата этой резолюции.

рассмотрев доклад о Стратегическом подходе к международному регулированию химических веществ¹;

напоминая резолюцию WHA61.19 об изменении климата и здоровье и резолюции WHA59.15, WHA50.13, WHA45.32, WHA31.28 и WHA30.47, касающиеся химической безопасности;

напоминая также резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 44/226 от 22 декабря 1989 г. об обороте и удалении, контроле и трансграничной перевозке токсичных и опасных продуктов и отходов и 43/212 от 20 декабря 1988 г. об ответственности государств за охрану окружающей среды;

отмечая принципы, изложенные в Повестке дня на 21 век, включая главу 20 и главу 21, согласованные на Конференции Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию в 1992 г.;

отмечая также Йоханнесбургскую декларацию об устойчивом развитии и связанный с ней План выполнения решений Встречи на высшем уровне по устойчивому развитию в 2002 г.;

признавая решение 25/8 о регулировании отходов, принятое Советом управляющих/Глобальным форумом по окружающей среде на уровне министров Программы Организации Объединенных Наций по окружающей среде на его двадцать пятой сессии;

памятуя о результатах второй сессии Международной конференции по регулированию химических веществ, относящихся к здоровью человека;

обеспокоенная тем, что отходы при отсутствии их надлежащего удаления безопасным и экологически обоснованным способом могут привести к серьезным последствиям для здоровья человека и средств к существованию людей;

убежденная в том, что отсутствие экологически обоснованного удаления отходов нанесет вред окружающей среде и ущерб здоровью людей в результате загрязнения воздуха, воды и почвы, а также пищевой цепи;

обеспокоенная тем, что ненадлежащее удаление медико-санитарных отходов, включая острые и неострые материалы, кровь, компоненты крови, химические вещества, фармацевтические препараты и медицинские устройства, создает для медико-санитарных работников, лиц, занимающихся удалением отходов, и населения риск инфекций, токсического воздействия и травм;

приветствуя Балийскую декларацию об управлении ликвидацией отходов в интересах охраны здоровья человека и обеспечения средств к существованию, принятую на девятом совещании Конференции Сторон Базельской конвенции о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением в 2008 г.,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены² применять Оценку воздействия на здоровье в качестве одного из основных средств оценки связанных со здоровьем аспектов удаления отходов, сделав его безопасным и экологически обоснованным, и изучить варианты более тесной работы с

¹ Документ A63/21.

² И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

Программой Организации Объединенных Наций по окружающей среде, Стратегическим подходом к международному регулированию химических веществ, Базельской конвенцией по контролю за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением и с Секретариатом ВОЗ в направлении достижения их общих целей в отношении улучшения здоровья посредством обеспечения безопасного и экологически обоснованного удаления отходов;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) в рамках полномочий ВОЗ и имеющихся ресурсов оказывать поддержку осуществлению действий, изложенных в Балийской декларации об управлении ликвидацией отходов в интересах охраны здоровья человека и обеспечения средств к существованию;

(2) работать совместно с Программой Организации Объединенных Наций по окружающей среде, и секретариатом Базельской конвенции по контролю за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением над экологически обоснованным удалением отходов, включая сотрудничество с правительствами и донорскими организациями в укреплении осуществления Балийской декларации об управлении ликвидацией отходов в интересах охраны здоровья человека и обеспечения средств к существованию, в частности, с целью:

(a) содействия повышению информированности о связи между удалением отходов, здоровьем и средствами к существованию и окружающей средой;

(b) укрепления субрегионального и регионального сотрудничества по вопросам, связанным с отходами и здоровьем, посредством содействия развитию кадрового и соответствующего технического потенциала на национальном, региональном и международном уровнях;

(c) улучшения мер контроля за транспортировкой отходов и пограничными процедурами, с тем чтобы предотвратить незаконные перевозки опасных и других отходов с помощью таких средств, которые включают создание потенциала, передачу технологии и техническую помощь;

(d) улучшения сотрудничества между национальными органами в секторах удаления отходов, химических веществ и здравоохранения и, совместно с другими соответствующими органами и заинтересованными участниками, в разработке и осуществлении эффективных и обоснованных систем удаления отходов;

(e) расширения создания потенциала, содействия и, где это возможно, укрепления государственных и частных инвестиций для передачи и использования надлежащей технологии в целях безопасного и экологически обоснованного удаления отходов;

(3) продолжить оказание поддержки предотвращению рисков для здоровья, связанных с воздействием медико-санитарных отходов, и содействие экологически обоснованному удалению медико-санитарных отходов, с тем чтобы поддерживать работу Базельской конвенции по контролю за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением и Стокгольмской конвенции о стойких органических загрязнителях;

(4) изучить вопросы разработки стратегий, направленных на сведение к минимуму образования вредных для здоровья отходов;

(5) предложить правительствам, соответствующим межправительственным и региональным организациям экономической интеграции, соответствующим

представителям промышленного и делового секторов, а также гражданского общества предоставить ресурсы и техническую помощь развивающимся странам в разработке и внедрении стратегий и подходов для улучшения здоровья посредством безопасного и экологически обоснованного удаления отходов;

(6) представить Шестьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет доклад о выполнении настоящей резолюции.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет А, пятый доклад)

**WHA63.26 Улучшение здоровья посредством экологически обоснованного
удаления вышедших из употребления пестицидов и других
вышедших из употребления химических веществ¹**

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о Стратегическом подходе к международному регулированию химических веществ²;

ссылаясь на резолюцию WHA59.15 о Стратегическом подходе к международному регулированию химических веществ;

признавая результаты второй сессии Международной конференции по регулированию химических веществ (Женева, 11-15 мая 2009 г.), касающиеся здоровья человека, и, в частности, резолюцию II/8, о связанных со здоровьем аспектах безопасного удаления химических веществ, в которой обращается внимание на необходимость более широкого участия сектора здравоохранения, государств-членов³ и Секретариата ВОЗ в осуществлении Глобального плана действий по Стратегическому подходу к международному регулированию химических веществ⁴ в связи с тем, что некоторые химические вещества могут оказывать неблагоприятное воздействие на здоровье людей, и принимая к сведению, что некоторые глобальные приоритеты, касающиеся совместных действий, определенных в Стратегическом подходе к международному регулированию химических веществ, должны также решаться в рамках сектора здравоохранения;

признавая, что пестициды предназначены для уничтожения вредных организмов и вредителей или для борьбы с ними и могут являться причиной неблагоприятных острых и хронических последствий и что несмотря на тот факт, что в большинстве стран они подвергаются регулированию, тем не менее, они могут оказывать воздействие на здоровье

¹ См. документ EB126/2010/REC/1, Приложение 7 о финансовых и административных последствиях для Секретариата этой резолюции.

² Документ A63/21.

³ И, в соответствующих случаях, региональных организаций экономической интеграции.

⁴ Документ WHA59/2006/REC/1, Приложение 1.

населения и окружающую среду, особенно при их неправильном использовании и хранении, в том числе в тех случаях, когда они вышли из употребления¹;

ссылаясь на Устав ВОЗ и признавая следующие важные международные соглашения и договоры: Балийскую декларацию об управлении ликвидацией отходов в интересах охраны здоровья человека и обеспечения средств к существованию (2008 г.), Конференцию Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию (Рио-де-Жанейро, Бразилия, 1992 г.), Всемирную встречу на высшем уровне по устойчивому развитию (Йоханнесбург, Южная Африка, 2002 г.), Стратегический подход к международному регулированию химических веществ, принятый Международной конференцией по регулированию химических веществ (Дубай, 2006 г.), Базельскую конвенцию о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением (1989 г.), Роттердамскую конвенцию о процедуре предварительного обоснованного согласия в отношении отдельных опасных химических веществ и пестицидов в международной торговле (2004 г., пересмотрена в 2008 г.), Стокгольмскую конвенцию о стойких органических загрязнителях (Стокгольм, 2004 г.) и Конвенцию по предотвращению загрязнений моря сбросами отходов и других материалов 1972 г. и Протокол 1996 г. к этой Конвенции (Лондон, 1972 г.); а также Международные медико-санитарные правила (2005 г.);

признавая, что все форумы, конвенции и договоры, упомянутые в предыдущем пункте, являются важными глобальными инструментами предохранения и защиты здоровья людей и окружающей среды, которые предусматривают соответствующие меры и руководящие принципы регулирования некоторых аспектов жизненного цикла химических веществ, и что в этом смысле тесно связанные между собой Стокгольмская конвенция о стойких органических загрязнителях и Базельская конвенция о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением² предусматривают разработку соответствующих стратегий в целях выявления отходов стойких органических загрязнителей и запасов стойких органических загрязнителей и в целях их удаления;

признавая, что опасные отходы и высокотоксичные пестициды относятся к глобальным приоритетным областям, которые были определены в целях осуществления совместных действий в рамках Стратегического подхода к международному регулированию химических веществ, и что Ассамблея здравоохранения в резолюции WHA59.15 о Стратегическом подходе к международному регулированию химических веществ призвала государства-члены участвовать в национальных, региональных и международных усилиях по осуществлению Стратегического подхода;

учитывая новые проблемы и факторы, определяющие здоровье, и необходимость дополнительных действий в целях предохранения и защиты здоровья людей и окружающей среды;

¹ Международная ассоциация по ГХГ и пестицидам (МАГП) полагает, что в Центральной и Восточной Европе и в странах бывшего Союза Советских Социалистических Республик общий объем вышедших из употребления пестицидов составляет порядка 260 000-265 000 тонн. По оценкам, в 25 государствах - членах Европейского союза они составляют 22 000-24 000 тонн, в Юго-Восточной Европе – 36 000-41 000 тонн, в странах бывшего Союза Советских Социалистических Республик – 199 000 тонн, в Африке – 50 000 тонн (по оценке ФАО, проведенной по линии ее Африканской программы регулирования запасов), в Юго-Восточной Азии – 6500 тонн (ФАО, предварительная примерная оценка), в Центральной и Южной Америке – 33 000 тонн (ФАО, 2005 г.).

² Основные цели Базельской конвенции заключаются в контроле и сокращении масштабов трансграничных перевозок опасных и других отходов, которые подпадают под действие Конвенции, предотвращении и сведении до минимума их производства, экологически безопасном регулировании таких отходов и содействии передаче и использованию более чистых технологий.

признавая риски для здоровья людей и окружающей среды, обусловленные вышедшими из употребления пестицидами и другими вышедшими из употребления химическими веществами, особенно в результате локальных и глобальных химических аварий и бедствий;

признавая также риски для здоровья людей и окружающей среды, обусловленные вышедшими из употребления пестицидами и другими вышедшими из употребления химическими веществами, в сочетании с созданием запасов, обусловленных их регулированием (как, например, изъятие из системы сбыта без соблюдения соответствующего периода постепенного прекращения производства) или же последствия прошлых периодов чрезмерного потребления пестицидов, что может привести к дальнейшему распространению на глобальном уровне практики ненадлежащего хранения этих химических веществ;

ссылаясь на тот факт, что подверженность людей и окружающей среды воздействию вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ может быть также обусловлена их переносом на дальние расстояния;

признавая угрозу небезопасного хранения вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ, которые в силу их противозаконного использования, повреждения тары или аварий могут явиться причиной локального или крупномасштабного загрязнения и представлять собой потенциальный риск для здоровья людей и окружающей среды;

учитывая четкие данные, свидетельствующие о том, что в результате безопасного и эффективного обращения с вышедшими из употребления пестицидами и другими вышедшими из употребления химическими веществами и их удалением можно получить, как ожидается, помимо экологических преимуществ, преимущества для здоровья;

признавая прогресс, достигнутый африканскими странами в отношении вышедших из употребления пестицидов по линии межучрежденческой Африканской программы регулирования запасов, при поддержке ФАО, Глобального экологического фонда, Всемирного банка и других партнеров;

приветствуя работу по линии Базельской конвенции о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением в разработке технических руководящих принципов по экологически безопасному удалению отходов, содержащих стойкие органические загрязнители;

признавая далее, что эффективной может быть только всеобъемлющая и долгосрочная стратегия безопасного регулирования вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены¹:

- (1) принять, в случае необходимости, или укрепить обоснованную национальную политику и законодательство по безопасному обращению и удалению вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ;
- (2) принять, где это еще не сделано в контексте Стокгольмской конвенции о стойких органических загрязнителях и других существующих договоров, всесторонние национальные планы осуществления или иные стратегии в качестве основы для принятия

¹ И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

мер в интересах устранения рисков, обусловленных вышедшими из употребления пестицидами и другими вышедшими из употребления химическими веществами;

(3) укрепить социальную ответственность путем повышения осведомленности в вопросах, касающихся вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ и химических веществ с потенциальными трансграничными рисками для здоровья человека;

(4) расширить поддержку в области подготовки кадров и создания потенциала и координируемую техническую деятельность по осуществлению важных международных конвенций и договоров;

(5) поощрять и продвигать сотрудничество между государствами-членами в этом отношении;

(6) создавать и укреплять потенциал безопасного регулирования пестицидов и других химических веществ в течение всего их жизненного цикла в качестве превентивной меры во избежание накопления вышедших из употребления химических веществ;

(2) ПРЕДЛАГАЕТ всем соответствующим заинтересованным сторонам, включая государства-члены, региональные организации экономической интеграции, организации системы Организации Объединенных Наций и другие межправительственные организации, включая региональные, международные и национальные неправительственные организации и фонды, компании по удалению отходов, производителей пестицидов, доноров и остальные круги международного сообщества:

(1) содействовать безопасному регулированию вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ в целях сведения до минимума и, по возможности, предотвращения неблагоприятного воздействия на здоровье людей и окружающую среду;

(2) мобилизовать усилия и сотрудничать с другими заинтересованными сторонами по реализации национальных планов и стратегий осуществления, в частности в рамках местных, региональных и глобальных сетей;

(3) рассмотреть синергизм, получаемый в результате обмена техническим опытом, знаниями и умениями, а также усилий по созданию потенциала в рамках международных договоров, конвенций, правил и процессов;

(3) ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) оказать поддержку в разработке соответствующих и эффективных стратегий (на национальном, региональном и международном уровнях) в целях сведения до минимума рисков, обусловленных вышедшими из употребления пестицидами и другими вышедшими из употребления химическими веществами, и тем самым содействовать более широкому продвижению соответствующих программных целей ВОЗ и видов практики;

(2) расширить возможности ВОЗ по укреплению этих стратегий, упомянутых в подпункте 3(1) выше;

(3) содействовать осуществлению стратегий безопасного регулирования вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ

в целях снижения уровня неравенства в отношении здоровья и создания свободной от загрязнителей окружающей среды для жизни людей;

(4) сотрудничать с ЮНЕП в связи с Инициативой ВОЗ/ЮНЕП в области взаимодействия здоровья и окружающей среды и с секретариатом Стратегического подхода к международному регулированию химических веществ, а также с ПРООН, ФАО, Всемирным банком и другими соответствующими учреждениями в оказании помощи государствам-членам в осуществлении их национальных стратегий и существующих руководящих принципов, например по линии Базельской конвенции о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением¹ и стратегий безопасного регулирования вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ на глобальном уровне;

(5) включить вышедшие из употребления пестициды и другие вышедшие из употребления химические вещества в число приоритетов ВОЗ в целях сокращения и предотвращения рисков для здоровья людей и окружающей среды, обусловленных их неблагоприятным воздействием и оказывать поддержку в работе по их безопасному удалению;

(6) обеспечить полную поддержку ВОЗ деятельности секретариата Стратегического подхода к международному регулированию химических веществ;

(7) поддержать нынешние совместные усилия ФАО и ВОЗ по укреплению потенциала государств-членов в области безопасного регулирования пестицидов;

(8) представить Шестидесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет доклад о ходе работы по осуществлению настоящей резолюции.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет А, пятый доклад)

¹ Технические руководящие принципы безопасного удаления вышедших из употребления пестицидов <http://www.basel.int/meetings/sbc/workdoc/techdocs.html>);

- Обновленные общие технические руководящие принципы экологически обоснованного регулирования отходов, состоящих из стойких органических загрязнителей, содержащих их или загрязненных ими,
- Технические руководящие принципы экологически обоснованного регулирования отходов, состоящих из 1,1,1-трихлор-2,2-bis(4-хлорфенил)этана (ДДТ), содержащих его или загрязненных им,
- Технические руководящие принципы экологически обоснованного регулирования отходов, состоящих из пестицидов альдрина, хлордана, дильдрина, эндрина, гептахлора, гексахлорбензола (ГХБ), мирекса или токсафена или ГХБ как промышленного химиката, содержащих эти пестициды или загрязненных ими.

WHA63.27 Укрепление потенциала правительств по конструктивному привлечению частного сектора к оказанию основных медико-санитарных услуг¹

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад об укреплении потенциала правительств по конструктивному привлечению частного сектора к оказанию основных медико-санитарных услуг²;

признавая наличие широкого круга частных провайдеров, от конфессиональных и других неправительственных некоммерческих организаций и отдельных предпринимателей в области медико-санитарной помощи, как официальных, так и неофициальных, до частных коммерческих фирм и корпораций, а также фактические данные о том, что они играют значительную и возрастающую роль в предоставлении медико-санитарной помощи во всем мире;

отмечая, что правительства во всем мире сталкиваются с проблемой конструктивного взаимодействия со сложным комплексом провайдеров медико-санитарной помощи в таких формах, которые значительно варьируются в зависимости от ситуаций;

отмечая, что затраты и качество оказываемой помощи, а также воздействие на здоровье и социальные результаты могут значительно варьироваться и что существуют серьезные причины для беспокойства в ситуациях, где регулирование является слабым или отсутствует, а вся документация и база фактических данных в этом отношении является слабой;

признавая, что правительства, которые обладают институциональным потенциалом для руководства широким спектром провайдеров медико-санитарной помощи, могут играть конструктивную роль в предоставлении основных медико-санитарных услуг;

будучи обеспокоенной в отношении фактических данных о том, что во многих странах эффективное участие, контроль и регулирование различных частных провайдеров медико-санитарной помощи могут сдерживаться несовершенным стратегическим мышлением, ограниченными возможностями финансового воздействия и слабым институциональным потенциалом;

сознавая, что рост доверия и конструктивный диалог по вопросам политики имеют жизненно важное значение для успешного участия и регулирования;

отмечая, что обновление первичной медико-санитарной помощи предоставляет политические рамки, в которых необходимо установить критерии укрепления правительственного потенциала для конструктивного участия и установления контроля как за государственными, так и за частными провайдерами медико-санитарной помощи;

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

¹ См. документ A63/25 Add.1 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документ A63/25.

- (1) собрать с помощью средств, которые включают улучшенные системы информации и более надежные процессы диалога по вопросам политики, стратегическую информацию, необходимую для: объективной оценки позитивных и негативных аспектов оказания медико-санитарной помощи частными некоммерческими и частными коммерческими провайдерами; определения подходящих стратегий для продуктивного участия; и разработки регулирующих рамочных программ, обеспечивающих всеобщий доступ к социальной защите и переориентацию системы оказания услуг в направлении первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на население;
- (2) произвести картирование и надлежащую оценку потенциала и эффективности работы государственных департаментов и других органов, занимающихся вопросами контроля и регулирования как государственного, так и частного предоставления медико-санитарной помощи, включая профессиональные советы, учрежденческих потребителей медико-санитарных услуг, таких как государственные учреждения финансирования и государственные учреждения медико-санитарного страхования, а также органы аккредитации;
- (3) изучить потенциальный вклад в область регулирования предоставления медико-санитарной помощи государственными и негосударственными структурами, не входящими в сектор здравоохранения, включая учреждения по защите потребителей медико-санитарных услуг и группы пациентов, и, соответственно, создать механизмы для максимального увеличения ценности этих вкладов;
- (4) создать и укрепить в долгосрочной перспективе институциональный потенциал этих регулирующих органов путем надлежащего и надежного финансирования, укомплектования кадров и поддержки;
- (5) использовать возможности для межстранового обмена опытом в отношении различных стратегий участия, контроля и регулирования всего спектра провайдеров медико-санитарной помощи;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

- (1) оказывать государствам-членам по их просьбе техническую поддержку в их усилиях по укреплению потенциала министерств здравоохранения и других регулирующих учреждений с целью улучшения участия, контроля и регулирования всего спектра государственных и частных провайдеров медико-санитарной помощи;
- (2) созвать технические консультации, оказывать поддержку государствам-членам в осуществлении плана научных исследований и способствовать межстрановому обмену опытом в целях обеспечения лучшего взаимопонимания и документирования последствий, позитивных и негативных, растущего спектра провайдеров медико-санитарной помощи, обеспечивая уделение особого внимания случаям ненадлежащего регулирования и последствиям в отношении здоровья, справедливости в области здравоохранения, а также развития систем здравоохранения;
- (3) созвать также технические консультации, оказывать поддержку государствам-членам в осуществлении плана научных исследований и способствовать межстрановому обмену опытом для обеспечения лучшего взаимопонимания возможностей различных стратегий по созданию институционального потенциала для регулирования, контроля и использования предпринимательского динамизма и прочного сотрудничества между различными видами провайдеров медико-санитарной помощи;

(4) представить доклад Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет о ходе работы по выполнению этой резолюции.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет А, пятый доклад)

WHA63.28 Создание консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация¹

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад об общественном здравоохранении, инновациях и интеллектуальной собственности: глобальная стратегия и план действий, а также доклад Рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: координация и финансирование²;

принимая во внимание, что резолюция WHA61.21 предлагает Генеральному директору "учредить в неотложном порядке ориентированную на результаты и ограниченную во времени рабочую группу экспертов для изучения существующей ситуации в отношении финансирования и координации научных исследований и разработок, а также предложений в отношении новых и инновационных источников финансирования для стимулирования научных исследований и разработок, связанных с болезнями Типа II и Типа III и с конкретными потребностями развивающихся стран в области научных исследований и разработок, связанных с болезнями Типа I, которая будет открыта для рассмотрения предложений государств-членов и представит доклад о ходе работе Шестьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения и окончательный доклад Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет";

отмечая, что, несмотря на некоторый прогресс, которого Рабочая группа экспертов достигла в изучении предложений о финансировании и координации деятельности по научным исследованиям и разработкам, как это было предложено в резолюции WHA61.21, существуют расхождения между ожиданиями государств-членов³ и результатами, полученными Рабочей группой, что подчеркивает значение четкого мандата;

учитывая тот факт, что Рабочая группа экспертов в своих рекомендациях указывает на необходимость проведения углубленного рассмотрения рекомендованных предложений;

признавая необходимость в дальнейшем "изучении и, в соответствующих случаях, поощрении различных схем стимулирования научных исследований и разработок, включая, в соответствующих случаях, устранение увязки стоимости научных исследований и разработок с ценами на лекарственные средства, например с помощью присуждения премий, с целью лечения болезней, которые диспропорционально влияют на развивающиеся страны"⁴;

отмечая предпринятую ранее и ведущуюся работу по инновационному финансированию научных исследований и разработок в области здравоохранения и необходимость основываться на этой работе как имеющей значимый характер;

¹ См. Приложение 9 о финансовых и административных последствиях для Секретариата этой резолюции.

² Документы A63/6 и A63/6 Add.1, соответственно.

³ И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

⁴ Резолюция WHA61.21, Приложение, Элемент 5, пункт 5.3а.

подчеркивая значение государственного финансирования научных исследований и разработок в области здравоохранения и роль государств-членов³ в координации, содействии и поощрении научных исследований и разработок в области здравоохранения;

вновь подтверждая важное значение других соответствующих участников научных исследований и разработок в области здравоохранения,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены²:

(1) оказывать поддержку Консультативной рабочей группе экспертов посредством:

- (a) представления, в случае необходимости, информации, материалов или дополнительных предложений;
- (b) организации и/или поддержки, в случае необходимости, региональных и субрегиональных консультаций;
- (c) предложения фамилий экспертов для включения в списки;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) представить в электронной форме к концу июня 2010 г.:

- (a) все предложения, рассмотренные Рабочей группой экспертов, с указанием их источников;
- (b) критерии, использованные для оценки предложений;
- (c) методологию, использованную Рабочей группой экспертов;
- (d) список заинтересованных сторон, которые были опрошены и которые представили информацию;
- (e) источники использованных статистических данных;

(2) учредить Консультативную рабочую группу экспертов, которая:

- (a) продолжит работу Рабочей группы экспертов;
- (b) углубит анализ предложений, содержащихся в докладе Рабочей группы экспертов и, в частности:
 - (i) изучит практические детали четырех инновационных источников финансирования, предложенных Рабочей группой экспертов в ее докладе¹;
 - (ii) рассмотрит пять перспективных предложений², определенных Рабочей группой экспертов в ее докладе; и

¹ Доклад Рабочей группы экспертов по финансированию научных исследований и разработок. Глава 5.3. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

² Доклад Рабочей группы экспертов по финансированию научных исследований и разработок. Глава 5.6. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

- (iii) далее изучит шесть предложений, не отвечающих критериям, примененным Рабочей группой экспертов¹;
 - (с) рассмотрит дополнительные материалы и предложения государств-членов², любых региональных и субрегиональных консультаций и других заинтересованных сторон;
 - (d) при осуществлении мер, указанных в подпунктах 2(b) и 2(c), изучит целесообразность различных подходов к финансированию научных исследований и разработок, а также осуществимость этих подходов в каждом из шести регионов ВОЗ, наряду с субрегиональным анализом, в случае необходимости;
 - (е) будет следить за научной объективностью и обеспечивать отсутствие конфликта интересов в своей работе;
- (3) оказывать, при наличии соответствующих запросов и ресурсов, выделенных для финансирования Консультативной рабочей группы экспертов, финансовую и техническую поддержку региональным консультациям, включая совещания, для получения региональных мнений и оказания помощи в информационном обеспечении работы Консультативной рабочей группы экспертов;
- (4) (a) предложить государствам-членам²: назначить экспертов, подробные сведения о которых после консультаций с региональными комитетами для достижения лучшего баланса и разнообразия технической компетенции и опыта, будут представлены Генеральному директору через соответствующих региональных директоров;
- (b) составить список экспертов, в который войдут все кандидатуры, предложенные региональными директорами;
 - (с) представить состав Группы Исполнительному комитету для утверждения, основываясь на списке экспертов и учитывая региональную представленность в соответствии с составом Исполнительного комитета, гендерным балансом и разнообразием опыта;
 - (d) после утверждения Исполнительным комитетом учредить Группу и содействовать ее работе, в том числе ее консультациям с государствами-членами² и другими соответствующими заинтересованными сторонами, в случае необходимости;
- (5) обратить особое внимание на необходимость транспарентного преодоления потенциальных конфликтов интересов посредством обеспечения полного соответствия механизмам, учрежденным Генеральным директором для этой цели;
- (6) обеспечить полную транспарентность для государств-членов² путем регулярного предоставления обновленной информации Консультативной рабочей группы экспертов о выполнении ее плана работы и всей документации, использованной Консультативной рабочей группой экспертов при завершении процесса;

¹ Доклад Рабочей группы экспертов по финансированию научных исследований и разработок. Приложение 2. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

² И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

(7) представить план работы и первоначальный отчет Консультативной рабочей группы экспертов Исполнительному комитету на его Сто двадцать девятой сессии и доклад о ходе работы Исполнительному комитету на его Сто тридцатой сессии с целью предоставления окончательного доклада Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г. –
Комитет А, пятый доклад)

РЕШЕНИЯ

WHA63(1) Состав Комитета по проверке полномочий

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в составе следующих государств-членов: Ангола, Австрия, Бангладеш, Эритрея, Израиль, Науру, Никарагуа, Оман, Сингапур, бывшая югославская Республика Македония, Тринидад и Тобаго, Замбия.

(Первое пленарное заседание, 17 мая 2010 г.)

WHA63(2) Выборы должностных лиц Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения

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

Председатель: Г-н М. Zenaidi (Тунис)
Заместители Председателя: Д-р M.I. Rodríguez (Сальвадор)
Д-р R. Sezibera (Руанда)
Профессор R. Akdag (Турция)
Г-жа G.A.A. Gidlow (Самоа)
Профессор Mya Oo (Мьянма)

(Первое пленарное заседание, 17 мая 2010 г.)

WHA63(3) Выборы должностных лиц главных комитетов

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения избрала следующих должностных лиц главных комитетов:

Комитет А: Председатель: Д-р М. Mugitani (Япония)
Комитет В: Председатель: Д-р W. Jayantha (Шри-Ланка)

(Первое пленарное заседание, 17 мая 2009 г.)

После этого главные комитеты избрали следующих должностных лиц:

Комитет А: Заместители Г-н U. Scholten (Германия)
Председателя: Д-р D. Chiriboga (Эквадор)
Докладчик: Д-р P. Mishra (Непал)
Комитет В: Заместители Д-р G.J. Komba-Kono (Сьерра-Леоне)
Председателя: Д-р N. El Sayed (Египет)
Докладчик Д-р A.-P. Sanne (Норвегия)

(Первые заседания Комитетов А и В, 17 и 19 мая 2010 г.)

WHA63(4) Образование Генерального комитета

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения избрала следующие 17 стран в качестве членов Генерального комитета: Буркина-Фасо, Кабо-Верде, Чад, Чили, Китай, Куба, Демократическая Республика Конго, Эстония, Франция, Ямайка, Иордания, Ливийская Арабская Джамахирия, Российская Федерация, Испания, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Объединенная Республика Танзания, Соединенные Штаты Америки.

(Первое пленарное заседание, 17 мая 2010 г.)

WHA63(5) Утверждение повестки дня

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения утвердила предварительную повестку дня с внесенными изменениями, подготовленную Исполнительным комитетом на его Сто двадцать шестой сессии.

(Второе пленарное заседание, 17 мая 2010 г.)

WHA63(6) Проверка полномочий

Шестьдесят третья 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; Бенин; Бутан; Боливия (Многонациональное государство); Босния и Герцеговина; Ботсвана; Бразилия; Бруней-Даруссалам; Болгария; Буркина-Фасо; Бурунди; Камбоджа; Камерун; Канада; Кабо-Верде; Центральнаяафриканская Республика; Чад; Чили; Китай; Колумбия; Коморские Острова; 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-Бисау; 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; Либерия; Ливийская Арабская Джамахирия; Литва; Люксембург; Мадагаскар; Малави; Малайзия; Мальдивские Острова; Мали; Мальта; Маршалловы Острова; Мавритания; Маврикий; Мексика; Микронезия (Федеративные Штаты); Монако; Монголия; Черногория; 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-Люсия; Самоа; Самоа; Сан-Марино; Сан-Томе и Принсипи; Саудовская Аравия; Сенегал; Сербия; Сейшельские Острова; Сьерра-Леоне; Сингапур; Словакия; Словения; Соломоновы Острова; Сомали; Южная Африка; Испания; Шри-Ланка; Судан; Суринам; Свазиленд; Швеция; Швейцария; Сирийская Арабская Республика; Таджикистан; 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; Вануату; Венесуэла (Боливарианская Республика); Вьетнам; Йемен; Замбия; Зимбабве.

(Шестое пленарное заседание, 19 мая 2010 г.)

WHA63(7) Выборы государств-членов, которым предоставляется право назначить по одному лицу в состав Исполнительного комитета

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения после рассмотрения рекомендаций Генерального комитета избрала следующие государства-члены, которым предоставляется право назначить по одному лицу в состав Исполнительного комитета: Армения, Барбадос, Китай, Эквадор, Монголия, Марокко, Мозамбик, Норвегия, Сейшельские Острова, Тимор-Лешти, Соединенные Штаты Америки, Йемен.

(Седьмое пленарное заседание, 20 мая 2010 г.)

WHA63(8) Объединенный пенсионный фонд персонала Организации Объединенных Наций: назначение представителей в Комитет Пенсионного фонда персонала ВОЗ

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения назначила д-ра А.А. Yoosuf из делегации Мальдивских Островов членом, а г-на R. Chacon из делегации Гватемалы заместителем члена Комитета Пенсионного фонда персонала ВОЗ на трехлетний срок до мая 2013 года.

(Седьмое пленарное заседание, 20 мая 2010 г.)

WHA63(9) Выбор страны, в которой будет проведена Шестьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, в соответствии со Статьей 14 Устава, приняла решение о том, что Шестьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения будет проведена в Швейцарии.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г.)

WHA63(10) Некондиционная/ поддельная/ложно маркированная/ фальсифицированная/ контрафактная медицинская продукция

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

вновь подтверждая важнейшую роль ВОЗ в обеспечении безопасности, качества и эффективности лекарственных средств;

отмечая работу ВОЗ по обеспечению безопасности, качества и эффективности лекарственных средств,

1. ПОСТАНОВИЛА учредить ограниченную по времени и ориентированную на достижение результатов рабочую группу по некондиционной/ поддельной/ ложно маркированной/ фальсифицированной/ контрафактной медицинской продукции в составе всех государств-членов и открытую для всех государств-членов¹;

¹ И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

2. ПРЕДЛОЖИЛА Генеральному директору созвать совещание этой рабочей группы и содействовать ее работе;

3. ПОСТАНОВИЛА, что эта рабочая группа рассмотрит через призму общественного здравоохранения, исключая соображения торговли и интеллектуальной собственности:

(a) роль ВОЗ в проведении мероприятий по обеспечению доступа к качественной, безопасной, эффективной и приемлемой в ценовом отношении медицинской продукции;

(b) взаимоотношения между ВОЗ с Международной целевой группой по борьбе с контрафакцией медицинской продукции;

(c) роль ВОЗ в предупреждении и контроле за медицинской продукцией сомнительного качества, безопасности и эффективности, например некондиционной/ поддельной/ ложно маркированной/ фальсифицированной/ контрафактной медицинской продукцией с позиций общественного здравоохранения, исключая соображения торговли и интеллектуальной собственности;

(d) любой вопрос или вопросы, поставленные в предложениях, которые содержатся в документах A63/A/Conf.Paper No.4/Rev.1, A63/A/Conf.Paper No.5 и A63/A/Conf.Paper No.7,¹ начиная с вопросов, упомянутых в подпунктах (a)-(c) выше;

4. ПОСТАНОВИЛА, что рабочая группа сформулирует конкретные рекомендации по вопросам, указанным в пункте 3 выше, и представит доклад Шестьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения и доклад о ходе осуществлению настоящего решения Исполнительному комитету на его Сто двадцать восьмой сессии.

(Восьмое пленарное заседание, 21 мая 2010 г.)

Пункт 11.20 повестки дня

A63/A/Conf.Paper No.4 Rev.1
18 мая 2010 г.

План работы в поддержку профилактики и борьбы с выпуском фальсифицированной медицинской продукции

**Проект резолюции, предложенный делегацией Эквадора от имени Союза
южноамериканских наций (УНАСУР)²**

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

PP1 принимая во внимание резолюции WHA41.16 и WHA47.13 о необходимости предоставления государствам-членам руководящих принципов по разработке своих

¹ См. ниже.

² Аргентина, Боливия (Многонациональное государство), Бразилия, Чили, Колумбия, Эквадор, Гайана, Парагвай, Перу, Суринам, Уругвай и Венесуэла (Боливарская Республика).

собственных структур и принятию национальных мер предотвращения изготовления и борьбы с фальсифицированной медицинской продукцией;

PP2 учитывая Конференцию экспертов по рациональному использованию лекарственных средств (Найроби, 25-29 ноября 1985 г.), которая впервые обратилась к рассмотрению этого вопроса на международном уровне;

PP3 осознавая риски, которые фальсифицированная медицинская продукция влечет для населения;

PP4 отмечая, что фальсифицированная медицинская продукция представляет собой вопрос международного значения и что для предупреждения и контроля в отношении этой проблемы необходимо сотрудничество на региональном и субрегиональном уровнях, а также между странами;

PP5 вновь подтверждая, что органы здравоохранения должны выполнять важную функцию по применению медико-санитарных правил, которые укрепляют цепь изготовления безопасной, высококачественной и эффективной медицинской продукции,

ПОСТАНОВЛЯЕТ:

(1) учредить межправительственную рабочую группу, состоящую из делегатов государств-членов, и Секретариат для рассмотрения и осуществления сотрудничества на региональном и субрегиональном уровнях, а также между странами в целях предупреждения изготовления и борьбы с фальсифицированной медицинской продукцией в аспекте общественного здравоохранения, исключая коммерческие соображения и соображения с точки зрения интеллектуальной собственности;

(2) что рабочей группе следует рассмотреть следующие темы:

(a) информационно-просветительная работа, как, например, обучение потребителей и заинтересованных участников сектора общественного здравоохранения;

(b) меры по укреплению цепи производства и распространения медицинской продукции, в частности в отношении регулирования и контроля;

(c) стратегии действий на национальном, субрегиональном и региональном уровнях, обеспечивающие механизмы улучшения в вопросе обмена информацией и опытом между странами;

(d) стратегии, направленные на укрепление потенциала сектора здравоохранения для применения мер медико-санитарного регулирования;

(3) что, при одобрении государств-членов, рабочей группе следует выдать полномочия формировать технические подгруппы специального и временного характера, а также приглашать экспертов для рассмотрения конкретных вопросов.

Пункт 11.20 повестки дня

A63/A/Conf.Paper No.5
19 мая 2010 г.

Контрафактная медицинская продукция

Проект резолюции, предложенный делегациями Алжира, Анголы, Бенина, Ботсваны, Буркина-Фасо, Бурунди, Камеруна, Кабо-Верде, Центрально-африканской Республики, Чада, Коморских Островов, Конго, Кот-д'Ивуара, Экваториальной Гвинеи, Эфиопии, Габона, Гамбии, Ганы, Гвинеи, Гвинеи-Бисау, Кении, Лесото, Либерии, Мадагаскара, Малави, Мали, Маврикия, Намибии, Нигера, Нигерии, Руанды, Сенегала, Сьерра-Леоне, Южной Африки, Свазиленда, Того, Уганды, Объединенной Республики Танзании, Замбии и Зимбабве

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

PP1 рассмотрев доклад по контрафактной медицинской продукции¹;

PP2 ссылаясь на резолюцию WHA41.16 о рациональном использовании лекарственных средств, в которой Генеральному директору предлагается инициировать программы предупреждения и выявления экспорта, импорта и контрабанды фармацевтических препаратов с фальшивыми этикетками, подложных, поддельных или не отвечающих установленным стандартам;

PP3 ссылаясь на резолюцию WHA47.13 о рациональном использовании лекарственных средств, в которой Генеральному директору предлагается оказывать поддержку государствам-членам в их усилиях по борьбе с использованием фальсифицированных лекарственных препаратов;

PP4 ссылаясь на резолюцию WHA52.19 о пересмотренной стратегии в области лекарственных средств и, в частности, на поручение Генеральному директору разработать и распространить единые методические рекомендации по нормативному контролю, экспорту, импорту и условиям перевозки фармацевтических препаратов и разработать практические стандарты для субъектов, участвующих в международной торговле фармацевтическими препаратами и исходными материалами для них;

PP5 ссылаясь на постоянную и неоднократную просьбу к ВОЗ органов стандартизации и контроля лекарственных средств государств-членов, совещания которых проходили в рамках Международной конференции органов стандартизации и контроля лекарственных средств, направленных в адрес ВОЗ, в целях оказания поддержки государствам-членам в принятии мер по борьбе с контрафактными лекарственными средствами;

PP6 будучи обеспокоенной по поводу ситуации, в которой контрафактная медицинская продукция продолжает поступать в международную торговлю, представляет серьезную угрозу общественному здоровью, особенно в более бедных регионах развивающихся стран, где механизмы регулирования и правоохранные органы слабы и где контрафактная медицинская продукция наносит ущерб престижу и эффективности систем здравоохранения;

¹ Документ A63/23.

PP7 соглашаясь с тем, что основной упор в борьбе с производством, распределением и использованием контрафактной медицинской продукции состоит в защите общественного здоровья, и что главными жертвами фальсификаторов являются пациенты и население в целом;

PP8 признавая тот факт, что борьба с выпуском контрафактной медицинской продукции является одним из конкретных аспектов обеспечения качества, безопасности и эффективности медицинской продукции;

PP9 отдавая должное важности создания таких условий, при которых борьба с выпуском контрафактной медицинской продукции не приведет к сбоям в наличии законно выпускаемых препаратов-генериков;

PP10 отдавая должное различным инициативам и прогрессу, достигнутому с 1988 г. благодаря внедрению конкретных методических рекомендаций ВОЗ по борьбе с выпуском контрафактной медицинской продукции, и совершенствованию руководств по процедурам ввоза фармацевтических препаратов, инспектированию каналов распределения лекарственных средств и надлежащей дистрибьюторской практике для фармацевтических препаратов;

PP11 сознавая значимость обеспечения эффективного сотрудничества между пациентами, специалистами здравоохранения, частным сектором и государственными учреждениями в эффективной борьбе с выпуском контрафактной медицинской продукции;

PP12 сознавая актуальность обеспечения международного сотрудничества и обмена информацией для ведения эффективной борьбы с выпуском контрафактной медицинской продукции;

PP13 отмечая с удовлетворением, что Генеральный директор активизировала деятельность, ориентированную на усиление международного сотрудничества в борьбе с выпуском контрафактной медицинской продукции, и что ВОЗ принадлежит ведущая роль в деятельности такого рода;

PP14 признавая вклад всех участвующих сторон в обеспечение выполнения своих обязательств в соответствии с положениями резолюций WHA41.16, WHA47.13 и WHA52.19, которые конкретно направлены на борьбу с контрафактной медицинской продукцией, и призывая все стороны к продолжению таких действий;

PP15 приглашая двусторонние агентства, многосторонние учреждения в рамках системы Организации Объединенных Наций и вне ее, а также добровольные организации к сотрудничеству и оказанию помощи развивающимся странам в разработке и выполнении программ, направленных на борьбу с контрафактной медицинской продукцией, и признавая деятельность тех стран, которые уже осуществляют это;

PP16 предлагая правительствам, производителям фармацевтической продукции и другим участвующим сторонам сотрудничать в области выявления, расследования и предотвращения возрастающего числа случаев обращения контрафактной или иной некачественной медицинской продукции в международной торговле;

PP17 будучи осведомленной о воздействии контрафактных лекарственных средств на общественное здравоохранение в отношении достижения Цели тысячелетия в области развития 8 в части международного сотрудничества, в особенности Задачи 8.E, касающейся наличия и доступа к качественным лекарственным средствам,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

- (1) вновь подтвердить свои обязательства по разработке, осуществлению и мониторингу национальной политики и принимать все необходимые меры для обеспечения доступа к медицинской продукции, которая отвечает нормативным стандартам;
- (2) устанавливать законодательные и нормативные требования, препятствующие изготовлению, экспорту, импорту или использованию в международной торговле контрафактной медицинской продукции, и обеспечивать их соблюдение, а также осуществлять регулирование и мониторинг систем снабжения и распределения;
- (3) создавать эффективные механизмы координации и сотрудничества, включая обмен информацией между органами здравоохранения, правоохранными органами и другими соответствующими органами, в целях улучшения профилактики, выявления, расследования и преследования случаев использования контрафактной медицинской продукции;
- (4) способствовать повышению уровня осведомленности работников здравоохранения и потребителей о рисках, связанных с использованием контрафактной медицинской продукции, в том числе приобретаемой через несанкционированные торговые точки, включая Интернет-сайты;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

- (1) продолжать борьбу с контрафактной медицинской продукцией в качестве неотъемлемого элемента, в рамках существующего механизма, установления стандартов качества, безопасности и эффективности;
- (2) оказывать поддержку государствам-членам в разработке и осуществлении политики и программ, направленных на борьбу с контрафактной медицинской продукцией, включая содействие обмену информацией на международном уровне и разработке средств, руководств, инициатив в области обучения и просвещения, а также методологии оценки и мониторинга;
- (3) продолжать работу по подготовке и распространению независимой и своевременной информации о случаях использования контрафактной медицинской продукции;
- (4) сотрудничать с государствами-членами, по их просьбе, а также с международными организациями и другими соответствующими сторонами в области выявления, мониторинга и анализа случаев использования контрафактной медицинской продукции и ее воздействия на общественное здравоохранение;
- (5) представить доклад Шестьдесят пятой сессии Всемирной организации здравоохранения через Исполнительный комитет о достигнутом прогрессе и проблемах, возникающих в ходе выполнения данной резолюции.

Пункт 11.3 повестки дня

A63/A/Conf.Paper No.7
18 мая 2010 г.**Меры по обеспечению безопасных, эффективных, качественных и доступных в экономическом отношении медицинских изделий****Проект резолюции, предложенный делегациями Индии и Таиланда**

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

PP1 напоминая Устав ВОЗ, который провозглашает, что "целью ВОЗ является достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья";

PP2 напоминая принципы Глобальной стратегии и плана действий по общественному здравоохранению, инновациям и интеллектуальной собственности, утвержденные Всемирной ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA61.21;

PP3 подчеркивая важность обеспечения доступных в экономическом отношении лекарственных средств, технологий и других медико-санитарных изделий для нуждающихся при сохранении качества, безопасности и эффективности медицинских изделий¹, а также содействия рациональному использованию лекарственных средств;

PP4 будучи озабоченной сообщениями о медицинских изделиях неудовлетворительного качества, безопасности и эффективности и подчеркивая необходимость обеспечить наличие безопасных, эффективных, качественных и доступных в экономическом отношении медицинских изделий;

PP5 признавая, что имеющие вводящую в заблуждение маркировку или не отвечающие требованиям стандартов медицинские изделия могут привести к серьезным последствиям для здоровья населения;

PP6 принимая во внимание тот факт, что термин и определение "контрафактного изделия" относится к нарушению прав интеллектуальной собственности и не должен распространяться на медицинскую продукцию неудовлетворительного качества, безопасности и эффективности;

PP7 отмечая, что содержащееся в Соглашении по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности определение "товаров с поддельным товарным знаком" означает любой товар, включая упаковку, на которой без разрешения проставлена торговая марка, идентичная торговой марке, законным образом зарегистрированной в отношении таких товаров или которую невозможно отличить по своим основным аспектам от подобной торговой марки и которая, тем самым, нарушает права владельца подобной торговой марки в соответствии с законом страны импорта²;

¹ Понятие "медицинские изделия" ниже следует понимать как включающие в себя вакцины, диагностику и лекарственные средства в соответствии с резолюцией WHA59.24.

² Соглашение по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности, статья 51, примечание 14(a).

PP8 признавая, что проблемы защиты и принуждения к соблюдению прав интеллектуальной собственности отличны от вопросов качества, безопасности и эффективности медицинских изделий;

PP9 будучи серьезно озабоченной многочисленными случаями мер принуждения к соблюдению прав интеллектуальной собственности, которые привели к неоправданному аресту лекарственных средств генериков, что отразилось на своевременности доступа к эффективным и доступным в экономическом отношении медицинским изделиям для лиц в развивающихся странах, включая наименее развитые страны;

PP10 признавая, что вопрос нарушения прав интеллектуальной собственности смешивается с вопросами качества, безопасности и эффективности;

PP11 признавая, что высокие цены на медицинские изделия порождают неравноправие в доступе к ним и способствуют распространению медицинских изделий неудовлетворительного качества, безопасности и эффективности;

PP12 будучи преисполненной решимости принять незамедлительные шаги по содействию наличию доступных в экономическом отношении и эффективных медицинских изделий;

PP13 признавая необходимость содействовать мерам, направленным на обеспечение качества безопасности и эффективности медицинских изделий, которые сами по себе становятся препятствием для своевременного наличия доступных в экономическом отношении медицинских изделий и производства медицинских изделий-генериков;

PP14 признавая, что Международная целевая группа по борьбе с контрафактной продукцией медицинского назначения или ее круг ведения не были утверждены никаким руководящим органом ВОЗ и что в ее составе отмечается конфликт интересов,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

- (1) принять меры по укреплению национальных органов регулирования лекарственных средств путем укрепления их потенциала по обеспечению для всех и в частности для уязвимых групп доступа к безопасным, эффективным, качественным и доступным в экономическом отношении медицинским изделиям;
- (2) обратиться к основным причинам распространения лекарственных средств неудовлетворительной безопасности, эффективности и качества, таким как слабый потенциал в области регулирования, нарушения этических принципов в продвижении лекарственных средств и высокие цены на изделия медицинского назначения;
- (3) принять меры по устранению барьеров на пути доступа к качественным, безопасным, эффективным и доступным в экономическом отношении изделиям медицинского назначения;
- (4) обеспечить включение медико-санитарных гарантий, в том числе и тех, которые подтверждены принятой в Дохе Декларации о Соглашении по ТРИПС и общественному здравоохранению, в их внутреннее законодательство по интеллектуальной собственности;
- (5) проводить торговую политику и политику в области интеллектуальной собственности и в других областях, не ограничивая политическое пространство для здравоохранения, включая доступ к качественным, безопасным, эффективным и

доступным в экономическом отношении изделиям медицинского назначения и производству медицинских изделий-генериков;

(6) воздержаться от принятия мер по принуждению к соблюдению прав интеллектуальной собственности, таких как арест изделий медицинского назначения в транзите, что ведет к созданию барьеров для законной торговли лекарственными средствами и генериками и препятствует доступу к изделиям медицинского назначения, в особенности в развивающихся странах;

(7) способствовать тесному сотрудничеству между национальными органами регулирования лекарственных средств в обмене информацией методами инспектирования и тестирования;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) предоставить помощь государствам-членам по их просьбе в деле укрепления их национальных органов регулирования лекарственных средств, уделяя внимание укреплению их потенциала, технических знаний, инфраструктуры, учреждений и содействуя прочным системам обеспечения того, чтобы изделия медицинского назначения, распространяемые под их юрисдикцией, были качественными, безопасными и эффективными;

(2) предоставить поддержку в разработке новой техники и методов тестирования для применения национальными органами регулирования лекарственных средств в целях обеспечения качества, безопасности и эффективности изделий медицинского назначения;

(3) заменить участие ВОЗ в работе Международной целевой группы по борьбе с контрафактной продукцией медицинского назначения эффективной программой рассмотрения вопросов качества, безопасности, эффективности в соответствии с изложенным в данной резолюции и обеспечить, чтобы новая программа не допускала конфликта интересов, опиралась на фактические данные, была транспарентна и управлялась государствами-членами;

(4) проводить пропагандистскую работу в отношении того, что ВОЗ не занимается вопросами нарушения прав интеллектуальной собственности и другими мерами, которые потенциально могли бы нанести ущерб доступности качественных, безопасных, эффективных и доступных в экономическом отношении изделий медицинского назначения и производству медицинских изделий-генериков;

(5) принять меры, обеспечивающие такое положение, чтобы приведение к исполнению прав интеллектуальной собственности не препятствовало получению экономически доступных изделий медицинского назначения;

(6) представить доклад об осуществлении данной резолюции на рассмотрение Шестьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения и впоследствии один раз в два года через Исполнительный комитет.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ПОЛИТИКА УЧАСТИЯ ВОЗ В ГЛОБАЛЬНЫХ ПАРТНЕРСТВАХ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕХАНИЗМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИЕМА И РАЗМЕЩЕНИЯ¹

[А63/44, Приложение – 22 апреля 2010 г.
и А63/44 Согг.1 – 13 мая 2010 г.]

1. Настоящий документ представляет политику ВОЗ, обеспечивающую рамочную программу по руководству деятельностью ВОЗ в проведении оценки и принятии решений, касающихся потенциального участия в различных видах партнерств в области здравоохранения; в нем также содержатся конкретные параметры, подлежащие применению в тех случаях, когда ВОЗ соглашается принять и разместить у себя официальное партнерство.
2. Набор критериев, указанных ниже, призван служить ориентиром в процессе принятия ВОЗ решений о том, когда и как участвовать в партнерствах и каким образом развивать, пересматривать или прекращать такое участие. Как правило, ВОЗ отдает предпочтение механизмам, существующим в рамках ВОЗ, которые способствуют сотрудничеству без использования отдельных структур управления.
3. За последнее десятилетие количество глобальных партнерств, инициатив и других форм сотрудничества в области здравоохранения неуклонно возрастает. При использовании термина "партнерства" имеется в виду использование различных организационных структур, отношений и механизмов, имеющихся в ВОЗ и вне ее, для ускорения сотрудничества в целях достижения лучших результатов в области здравоохранения. Они варьируются между юридически оформленными структурами с их собственным органом управления и более простыми видами сотрудничества с различными основными участниками. В названиях этих партнерств могут использоваться различные термины, такие как "партнерства", "альянс", "сеть", "программа", "сотрудничество в осуществлении проекта", "совместные кампании" и "целевая группа", хотя этот перечень не представляет типологию.
4. В качестве примеров различных партнерств служат юридически зарегистрированные структуры, внешние по отношению к ВОЗ (например, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Альянс ГАВИ, Предприятие по лекарственным средствам для борьбы против малярии), и неинкорпорированные партнерства, расположенные в ВОЗ, со своими собственными органами управления (например, Партнерство "Остановить туберкулез", Партнерство по охране здоровья матерей, новорожденных и детей, Партнерство "Обратить вспять малярию", Международный механизм закупки лекарств (ЮНИТЭЙД), Глобальный альянс по трудовым ресурсам здравоохранения и Сеть измерения показателей здоровья).
5. В качестве части своих основных функций ВОЗ управляет рядом усилий по сотрудничеству, которые полностью находятся в рамках ее управленческого контроля и подотчетности и которые не имеют самостоятельного руководства и призваны служить средством сотрудничества с многочисленными заинтересованными сторонами. Примеры включают сети, программы, целевые группы и сотрудничества по проектам, такие как Глобальная сеть оповещения о вспышках болезней и ответных действий, Глобальная сеть неинфекционных болезней, Программа по ликвидации гельминтов, Проект по вакцинам против

¹ См. резолюцию WHA63.10.

менингита, Глобальная инициатива по ликвидации полиомиелита и Глобальная целевая группа по борьбе с холерой.

Определение

6. Для целей настоящих руководящих принципов под термином "официальные партнерства" подразумеваются партнерства, имеющие отдельную юридически оформленную структуру или не имеющие таковой, но имеющие руководящий орган (например, правление или руководящий комитет), который принимает решение о направлении деятельности, планах работы, программах и бюджетах. ВОЗ в настоящее время служит в качестве организации-устроительницы, принимающей нескольких официальных партнерств, которые не были учреждены в качестве юридически оформленных структур. Процесс принятия решений ВОЗ в отношении участия в изложенных ниже партнерствах касается всех случаев, независимо от того, расположено ли партнерство в рамках Организации или вне ее.

Критерии участия ВОЗ в партнерствах

7. Во всех случаях, когда Секретариат выявляет потребность в каком-либо партнерстве или ему предлагается участвовать в нем, Организация будет пользоваться деревом решений (см. Приложение), основанных на критериях, изложенных ниже, для рассмотрения таких предложений и выявления при необходимости альтернативных вариантов. Данный процесс касается всех форм партнерства, независимо от того, принимаются и размещаются ли они ВОЗ или они не принимаются и не размещаются ВОЗ, но в которых ВОЗ стремится или ей предлагают служить партнером на техническом уровне.

8. Для оценки будущих партнерств будут использоваться следующие критерии, которые будут управлять отношениями с существующими официальными партнерствами:

(а) **Партнерство демонстрирует очевидную дополнительную отдачу в области общественного здравоохранения** в плане мобилизации партнеров, знаний и ресурсов и создания синергизма для достижения какой-либо цели в области общественного здравоохранения, которую в противном случае не удалось бы достичь в такой степени.

(б) **У партнерства имеется ясная цель, относящаяся к какой-либо приоритетной области работы ВОЗ**, которая отражена в ее стратегических целях и для которой установлены реалистичные временные рамки. Участие будет представлять распространение на другие организации основных функций, принципов политики и относительных преимуществ ВОЗ и повысит качество и целостность программ и работы ВОЗ.

(с) **Руководство партнерствами осуществляется на основе технических норм и стандартов, установленных ВОЗ.**

(д) **Партнерство поддерживает национальные цели в области развития.** В тех случаях, когда партнерство осуществляет активную деятельность на страновом уровне и стремится способствовать наращиванию потенциала в стране, участие ВОЗ будет способствовать согласованию усилий и, таким образом, сокращению общего управленческого бремени стран.

(е) **Партнерство обеспечивает надлежащее и должное участие заинтересованных сторон.** Достижение согласованных целей партнерства будет обеспечиваться посредством активного участия всех соответствующих заинтересованных сторон (включая, соответственно, получателей выгоды, гражданское общество и частный сектор) и соблюдения их индивидуальных мандатов. Партнерства могут получать отдачу, соответственно, благодаря вкладу организаций и учреждений, не входящих в традиционный сектор общественного здравоохранения.

- (f) **Роли партнеров определены.** Для того чтобы ВОЗ участвовала в таком партнерстве, последнее должно четко указать преимущества партнеров и избегать дублирования и развертывания параллельных систем.
- (g) **Должна производиться оценка транзакционных издержек, связанных с партнерством, наряду с оценкой потенциальных выгод и рисков.** Должны быть проведены оценки и в количественном плане определены ожидаемые дополнительные нагрузки для ВОЗ (на всех уровнях).
- (h) **Достижение цели общественного здравоохранения превосходит по важности особые интересы участников.** Необходимо определять риски и обязанности, сопутствующие частно-государственным партнерствам, и решать их посредством разработки и выполнения гарантий, которые включают рассмотрение конфликтов интересов. Партнерства должны располагать механизмами выявления и надлежащего разрешения конфликтов интересов. Всякий раз, когда на роль потенциальных партнеров рассматриваются частные коммерческие фирмы, преследующие получение прибыли, учет потенциальных конфликтов интересов должен закладываться в организацию и структуру партнерства.
- (i) **Структура партнерства соответствует предлагаемым функциям.** Форма структуры партнерства должна соответствовать ее функциям. Например, партнерствам со значительным элементом финансирования может требоваться более официальная структура руководства, предусматривающая четкую подотчетность за принимаемые решения в области финансирования. Те партнерства, роль которых главным образом является координирующей, наиболее эффективно действуют без официальной структуры управления. Нацеленные на решение задач сети могут быть в высшей степени эффективны и действенны в достижении целей партнерств с максимальной гибкостью и могут ограничить транзакционные издержки, часто сопутствующие официальным структурам и механизмам управления.
- (j) **Партнерство располагает независимым механизмом внешней оценки и/или собственного мониторинга.** В соответствующих случаях следует регулярно проводить обзор и изменение временных рамок, назначения, целей, структуры и функционирования партнерств. Следует ясно указать критерии изменения или прекращения деятельности партнерства, а также рассмотреть переходные планы.

Механизмы организации приема и размещения

9. "В некоторых случаях ВОЗ соглашается принять и разместить у себя официальное партнерство без наделения его правами отдельного юридического лица. Организацию приема и размещения следует рассматривать в качестве исключительного мероприятия, которое должно осуществляться полностью в интересах всех сторон".
10. В отношении официальных партнерств, принятых и размещенных в ВОЗ, основные области рассмотрения включают обеспечение того, чтобы общий мандат партнерства и его принятие и размещение осуществлялись в соответствии с уставным мандатом и принципами ВОЗ и не создавали дополнительного бремени для Организации, чтобы они минимизировали операционные издержки ВОЗ, приумножали отдачу от работы ВОЗ и соблюдали рамки отчетности ВОЗ.
11. Решение ВОЗ выступить в роли принимающей стороны будет зависеть, в первую очередь, от участия ВОЗ в этом партнерстве в качестве стратегического и технического партнера. Особенно важно, чтобы ВОЗ входила в состав и участвовала в полном объеме в деятельности руководящего органа партнерства. Партнерство должно также признавать, соответствовать и дополнять мандат и основные функции ВОЗ без дублирования или конкурирования с ними.

12. ВОЗ будет обеспечивать, чтобы ее принятие и размещение партнерств, а также предоставление ей секретариата совпадали с рамками подотчетности ВОЗ¹ и оперативной платформой (охватывающей политическую, юридическую, финансовую, коммуникативную и административную деятельность) и защищали целостность и репутацию ВОЗ. Рассмотрение и осуществление механизмов организации приема и размещения будут осуществляться в рамках Устава ВОЗ, ее Положений о финансах и финансовых правил, Положений о персонале и правил о персонале, а также административных и иных соответствующих правил Организации ("Правила ВОЗ"). Когда ВОЗ выступает в роли принимающей организации, деятельность секретариата партнерства должна во всех отношениях осуществляться в соответствии с правилами ВОЗ.

13. Организация приема и размещения партнерства ВОЗ выходит за рамки простого административного обслуживания. Секретариат принятого и размещенного партнерства является частью Секретариата ВОЗ, и в этом качестве на него распространяется правовая идентичность и статус Организации. В частности, сотрудники партнерства как и персонал ВОЗ будут пользоваться действующими привилегиями и иммунитетами, ограждающими исполнение ими своих функций. С этой целью важно, чтобы функция секретариата была и рассматривалась в качестве части функций ВОЗ. Это рассмотрение особенно важно для Швейцарии, принимающей страны штаб-квартиры ВОЗ, которая предоставила привилегии, иммунитеты и возможности Организации и ее персоналу для исполнения уставных обязанностей. Для того чтобы соответствовать соглашению о приеме и размещении между ВОЗ и Федеральным Советом Швейцарии, функции секретариата партнерств должны быть частью общих функций ВОЗ и не должны рассматриваться отдельно от этих функций. При рассмотрении вопроса о размещении на базе ВОЗ официальных партнерств Генеральный директор ВОЗ будет проводить консультации со швейцарскими властями.

14. Генеральный директор будет консультироваться с Исполнительным комитетом в отношении предложений о приеме и размещении в ВОЗ официальных партнерств.

Кадровые ресурсы

15. Хотя организационная структура и конкретные обязанности секретариата партнерства обычно определяются руководящим органом партнерства, персонал секретариата отбирается, управляется и его деятельность оценивается в соответствии с правилами ВОЗ. Сотрудники секретариата партнерства будут приниматься на работу исключительно для службы в секретариате партнерства.

16. Что касается руководителя секретариата партнерства, то он или она будет назначаться Генеральным директором в соответствии с Положениями о персонале ВОЗ, Правилами о персонале и процедурами отбора, а также в консультации с руководящим органом партнерства. Аналогичным образом, оценка деятельности руководителя секретариата партнерства будет производиться Системой ВОЗ по управлению служебной деятельностью и повышению квалификации с возможностью получения ответной информации от руководящего органа партнерства.

Программное и финансовое управление

17. Официальные партнерства, в которых роль ВОЗ в отношении руководства, стратегического и оперативного планирования *не* считается исключительной, будут вынесены

¹ Особенно в связи со Статьей 37 Устава ВОЗ, которая гласит следующее: "При исполнении своих обязанностей Генеральный директор и персонал не должны запрашивать или получать указания от какого бы то ни было правительства или власти, посторонней для Организации. Они должны воздерживаться от любых действий, которые могли бы отразиться на их положении как международных должностных лиц. Каждый член Организации со своей стороны обязуется уважать строго международный характер Генерального директора и персонала и не пытаться оказывать на них влияние".

за рамки программного бюджета. Этот подход отличает официальные партнерства от программ ВОЗ. Для каждого партнерства открываются отдельные счета для регистрации соответствующих поступлений и расходов и представление отчетности по ним отдельно от счетов ВОЗ. ВОЗ должна откладывать любые имеющиеся остатки наличных средств или приравненных к наличности финансовых инструментов в соответствии со своими положениями для использования партнерством. Хотя эти партнерства находятся вне программного бюджета, их деятельность должна быть синергичной с соответствующими стратегическими целями ВОЗ.

18. Независимо от состояния программного бюджета, все платежи со счетов соответствующего партнерства должны производиться в соответствии с Положениями о финансах и Финансовыми правилами ВОЗ, с тем чтобы обеспечить возможности для надлежащего мониторинга финансовой подотчетности получателей грантов и других реципиентов и прогресса в направлении достижения целей программ.

19. В отношении управления финансами для официальных партнерств, находящихся за рамками программного бюджета, их секретариаты должны готовить отдельные финансовые отчеты о поступлениях и расходах, которые заверяются Управлением главного бухгалтера ВОЗ и ежегодно представляются правлению партнерства. По отчетам обычно требуется отдельное аудиторское заключение Внешнего ревизора ВОЗ. Все партнерства, кроме того, подлежат внутренней ревизии в соответствии с Положениями о финансах и Финансовыми правилами и существующей практикой ВОЗ. Перед отбором нового руководителя секретариата партнерства Генеральный директор может потребовать внутреннее аудиторское заключение о партнерстве.

20. В качестве исключения в отношении вышеизложенного существует небольшое число официальных партнерств, в которых роль ВОЗ в отношении управления не считается исключительной, но в которых соответствующие партнерства вносят прямые и полные взносы в достижения ожидаемых результатов в рамках всей Организации и показателей, изложенных в программном бюджете. Работа этих структур является исключительной и строго соответствует иерархии результатов ВОЗ. Эти партнерства включены в программный бюджет в разделе бюджета "специальные программы и механизмы сотрудничества". Наиболее заметными в этой небольшой группе являются давно созданные программы научных исследований, деятельность которых включается в работу ВОЗ в течение многих лет¹.

21. В тех случаях, когда программы ВОЗ осуществляют прямые вклады в поддержку принятого и размещенного партнерства, эти расходы должны быть включены в программный бюджет ВОЗ в соответствующие разделы ожидаемых результатов, бюджета и планов работы.

Мобилизация ресурсов и возмещение затрат

22. Каждое принятое и размещенное партнерство должно нести ответственность за мобилизацию достаточных средств на покрытие его эффективного функционирования, в том числе расходов его секретариата, и всю соответствующую деятельность, предусмотренную в его бюджете и плане работы. Обязательство ВОЗ по реализации любого конкретного аспекта плана работы партнерства обуславливается получением ВОЗ всего необходимого финансирования. Мобилизация ресурсов партнерствами, функционирующими на базе ВОЗ, должна тесно координироваться с ВОЗ, и эти партнерства должны компенсировать Организации финансовые риски и ответственность, которую несет последняя в процессе исполнения функций принимающей организации. Сбор средств партнерством при ВОЗ в коммерческом частном секторе должен осуществляться с соблюдением руководящих принципов ВОЗ в отношении взаимодействия с коммерческими предприятиями.

¹ Специальная программа ЮНИСЕФ/ПРООН/Всемирного банка/ВОЗ по научным исследованиям и подготовке специалистов по тропическим болезням и Специальная программа ПРООН/ЮНФПА/ВОЗ/Всемирного банка по научным исследованиям, развитию и образованию в области репродуктивного здоровья.

23. Если в соглашении между ВОЗ и партнерством о размещении на базе ВОЗ не предусмотрено иное, ВОЗ получает компенсацию расходов на поддержку программы вспомогательных расходов, как это определено Ассамблеей здравоохранения и/или внутренней политикой ВОЗ. Партнерства на базе ВОЗ могут повлечь большой объем работы для различных звеньев Организации, в том числе на региональном и страновом уровнях. В результате ВОЗ будет добиваться компенсации всех административных расходов и расходов на техническую поддержку, понесенных в процессе исполнения функций принимающей партнерства организации и осуществления или поддержки ее деятельности. Подобным образом, от партнерств, которые могут иметь последствия для ВОЗ в области кадровых ресурсов на региональном и страновом уровнях, должна быть потребована компенсация соответствующих расходов. Соглашение о приеме и размещении также требует от размещенных партнерств возмещение затрат, расходов и убытков, возникших в результате деятельности секретариата партнерства.

Коммуникации

24. Чтобы обеспечить соблюдение целостности партнерства и ВОЗ, секретариат партнерства должен соблюдать руководящие принципы ВОЗ и ее административные процедуры в отношении внутренних и внешних коммуникаций (включая продукцию средств массовой информации, публикации, технические доклады и информационно-разъяснительные материалы). Официальная связь секретариата партнерства с государствами-членами, бюро и персоналом ВОЗ должна осуществляться по обычным каналам ВОЗ.

Оценка и истечение срока действия

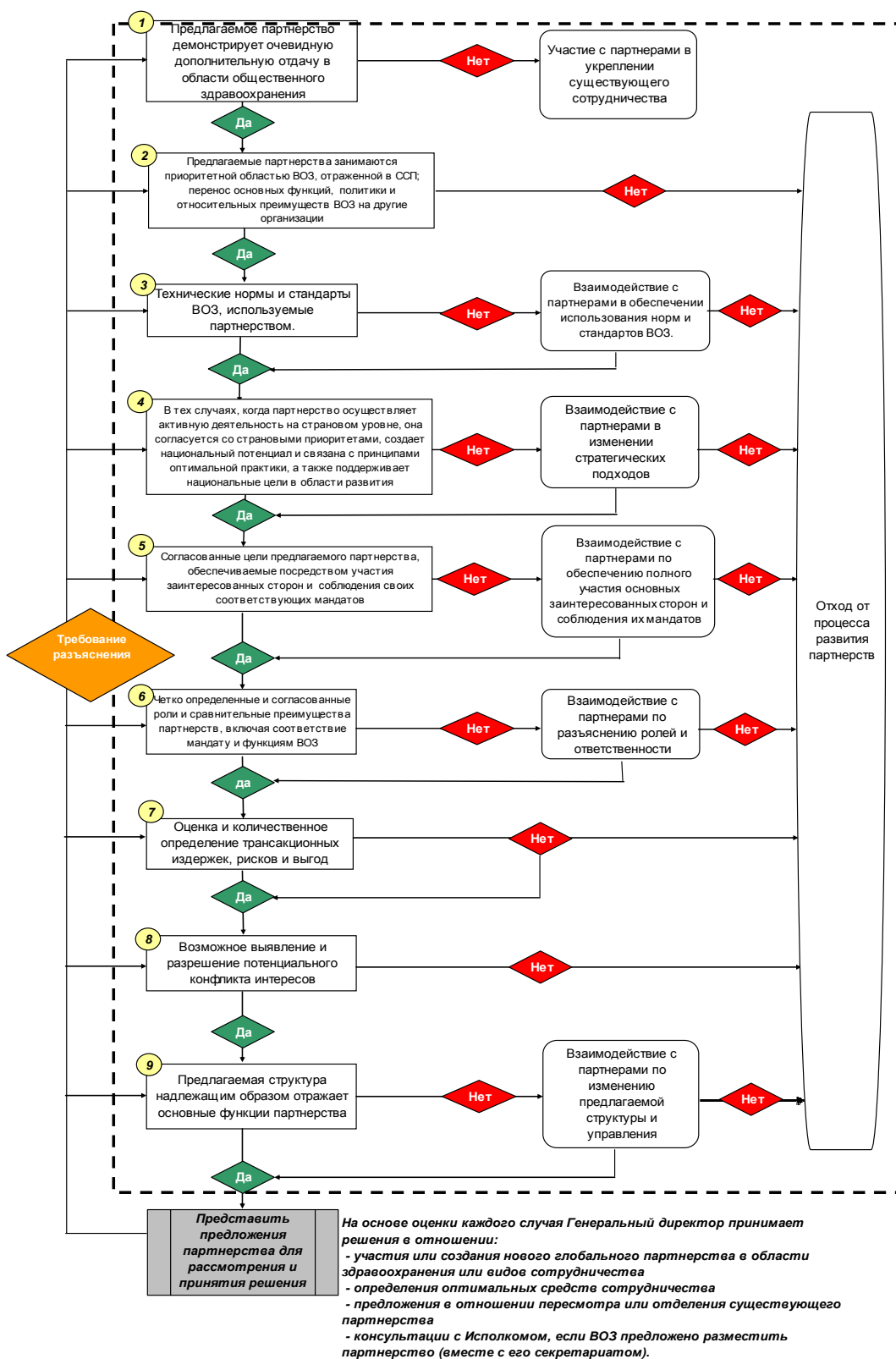
25. Договоренности ВОЗ со всеми действующими на ее базе партнерствами должны содержать "положение об оценке и истечении срока действия" с указаниями о проведении анализа до истечения срока действия договоренности исходя из результатов деятельности партнерства в прошлом, его отношений с ВОЗ, сохранения потребности, возникающих альтернативных возможностей укрепления сотрудничества и ожиданий на будущее. Сотрудничая с партнерствами, ВОЗ разрабатывает рамочную программу мониторинга и оценки в отношении такого анализа.

26. После проведения оценки ВОЗ и партнерства должны обсудить результаты, с тем чтобы выбрать один из четырех возможных подходов, а именно: (1) продление действующей договоренности на новый оговоренный период; (2) представление рекомендаций о внесении изменений в структуру и/или цели или пересмотре соглашения о базировании в ВОЗ; (3) интегрирование партнерства в ВОЗ с четкой детализацией обеспечения широкого и инклюзивного сотрудничества с партнерами; или (4) отделение партнерства от ВОЗ.

27. Будет проводиться периодический пересмотр и обновление применения и воздействия этой политики.

28. Генеральный директор подготовит руководящие принципы и действующие процедуры по выполнению данной политики Секретариатом.

ДОПОЛНЕНИЕ Дерево решений для оценки критериев участия ВОЗ



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Текст с поправкой к соглашению о сотрудничестве между ВОЗ и Международным бюро по эпизоотиям¹

[А63/46 – 22 апреля 2010 г.]

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 странам – членам МБЭ по вопросам, представляющим общий интерес.
- 4.7: "Совместной разработкой в сотрудничестве с другими соответствующими международными учреждениями международных стандартов, связанных с соответствующими аспектами производства продуктов животноводства, которые влияют на безопасность пищевых продуктов"

¹ См. резолюцию WHA63.11.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя¹

[А63/13 – 25 марта 2010 г.]

Общая характеристика ситуации

1. Вредное употребление алкоголя² имеет серьезные последствия для здоровья населения и рассматривается в качестве одного из основных факторов риска, ведущих к ухудшению здоровья во всем мире. В контексте данного проекта стратегии используется широкое понятие вредного употребления алкоголя³, которое охватывает употребление спиртного, имеющее пагубные медицинские и социальные последствия для пьющего, его окружения и общества в целом, а также формы употребления алкоголя, которым сопутствует повышенный риск неблагоприятных результатов в отношении здоровья. Вредное употребление алкоголя ставит под угрозу развитие как индивида, так и общества. Оно может иметь пагубные последствия для жизни индивидов, разрушить семейную жизнь и причинить вред социальной ткани сообществ.
2. Вредное употребление алкоголя является существенным фактором глобального бремени болезней и является третьим ведущим фактором риска, вызывающим преждевременные случаи смерти и инвалидности в мире⁴. По оценкам, в 2004 г. во всем мире от причин, связанных с употреблением алкоголя, умерли 2,5 миллиона человек, в том числе 320 000 молодых людей в возрасте 15-29 лет. В 2004 г. на вредное употребление алкоголя пришлось 3,8% всех случаев смерти в мире и 4,5% глобального бремени болезней, измеряемого в количестве утраченных лет жизни с поправкой на инвалидность, даже если учесть умеренное защитное воздействие, особенно на ишемическую болезнь сердца, которое имеет место при низком употреблении алкоголя некоторыми лицами в возрасте 40 лет или старше.
3. Вредное употребление алкоголя является серьезным предотвратимым фактором риска возникновения психоневрологических нарушений и таких других неинфекционных заболеваний, как сердечно-сосудистые заболевания, цирроз печени и различные виды рака. Применительно к некоторым заболеваниям, данные о наличии порогового эффекта во взаимосвязи между риском и уровнем употребления алкоголя отсутствуют. Вредное употребление алкоголя также ассоциируется с рядом таких инфекционных болезней, как

¹ Резолюция WHA63.13.

² Алкогольный напиток является жидкостью, содержащей этанол (этиловый спирт, обычно именуемые "алкоголем"), и предназначается для употребления в питье. В большинстве стран, имеющих юридическое понятие "алкогольный напиток", пороговое значение содержания в напитке этанола по объему установлено на уровне $\geq 0,5\%$ или $1,0\%$. Наиболее распространенными видами алкогольных напитков являются пиво, вино и крепкие алкогольные напитки.

³ Слово "вредный" в этой стратегии относится лишь к последствиям употребления алкоголя для здоровья населения без какого-либо ущерба для религиозных верований и культурных норм.

⁴ См. в документе A60/14 Add.1 глобальную оценку проблем общественного здравоохранения, вызванных вредным употреблением алкоголя, и *Global Health Risks; Mortality and burden of disease attributable to selected major risk factors*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

ВИЧ/СПИД, туберкулез и пневмония. Значительная часть бремени болезней, которые можно увязать с вредным употреблением алкоголя, является следствием неумышленных и умышленных травм, в том числе травм в результате дорожно-транспортных происшествий и насилия, а также самоубийств. Смертельным травмам, которые можно объяснить употреблением алкоголя, как правило, подвергаются относительно молодые люди.

4. Степень риска, связанного с вредным употреблением алкоголя, варьируется в зависимости от возраста, пола и других биологических параметров потребителя, а также условий и контекста, в которых употребляется спиртное. Некоторые уязвимые или подвергающиеся риску группы и лица отличаются повышенной восприимчивостью к токсичным, психоактивным и вызывающим зависимость свойствам этилового спирта. В то же время, низкорискованные формы употребления алкоголя на индивидуальном уровне могут не связываться с проявлением или существенным возрастанием вероятности негативных последствий для здоровья и общества.

5. Лица, формулирующие политику, располагают существенной базой научных знаний об эффективности и затратоэффективности стратегий и мероприятий по предотвращению и сокращению связанного с алкоголем вреда¹. Хотя значительная часть фактических данных поступает из стран с высоким уровнем доходов, из результатов метаанализа и обзоров имеющихся данных² почерпнуты достаточные знания, позволяющие учитывать в рекомендациях по мерам политики сравнительной эффективности и затратоэффективности отдельных мер политики. С улучшением информированности повышается уровень ответных мер на национальном, региональном и глобальном уровнях. Однако эти ответные меры политики часто отличаются фрагментированностью и не всегда соответствуют масштабам воздействия на здоровье и социальное развитие.

Задачи и возможности

6. Нынешняя приверженность сокращению вредного употребления алкоголя открывает отличную возможность для улучшения состояния здоровья и социального благополучия и для сокращения существующего бремени болезней, которые можно увязать с употреблением алкоголя. Однако существуют значительные задачи, которые следует учитывать, осуществляя глобальные или национальные инициативы или программы. К их числу относятся:

(а) **Расширение глобальных действий и международного сотрудничества.** Нынешние значимые здравоохранительные, культурные и рыночные тенденции во всем мире говорят о том, что вредное употребление алкоголя останется глобальной проблемой здравоохранения. Следует признавать наличие этих тенденций и принимать соответствующие ответные меры на всех уровнях. В этой связи существует необходимость в глобальных руководящих указаниях и в расширении международного сотрудничества, чтобы поддержать и дополнить региональные и национальные действия.

(б) **Обеспечение межсекторальных действий.** Многообразие проблем, связанных с алкоголем, и мер, необходимых для сокращения связанного с алкоголем вреда, указывает на необходимость всесторонних действий, охватывающих многочисленные секторы. Меры политики, направленные на сокращение вредного употребления алкоголя, должны

¹ См. в документе A60/14 основанные на фактических данных стратегии и мероприятия сокращения связанного с алкоголем вреда.

² См., например, Серию технических докладов ВОЗ, No. 944, 2007 г. и *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Копенгаген, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2009 г.

выходить за рамки сектора здравоохранения и затрагивать соответствующим образом такие секторы, как развитие, транспорт, правосудие, социальное обеспечение, налоговая политика, торговля, сельское хозяйство, потребительская политика, образование и занятость, а также гражданское общество и экономические субъекты.

(с) Уделение надлежащего внимания. Для лиц, принимающих решения, предупреждение и сокращение вредного употребления алкоголя часто имеет низкую приоритетность, несмотря на убедительные фактические данные о его серьезных последствиях для здоровья населения. Кроме того, имеет место явное несоответствие между растущей доступностью алкогольных напитков и все более доступными ценами на них во многих развивающихся странах и странах с низким и средним уровнями доходов и потенциалом и способностью этих стран реагировать на проистекающее из этого дополнительное бремя для общественного здравоохранения. Если не уделить этой проблеме должного внимания, то распространение вредных форм и норм употребления спиртного будет продолжаться.

(d) Обеспечение сбалансированности различных интересов. Производство, распределение, маркетинг и продажа алкогольных напитков создают рабочие места и генерируют значительные доходы для экономических субъектов и налоговые поступления для органов государственного управления различных уровней. Меры общественного здравоохранения по сокращению вредного употребления алкоголя иногда расцениваются в качестве противоречащих другим целям, например свободе рынков и осуществлению потребителями своего выбора, и могут рассматриваться как наносящие ущерб экономическим интересам и сокращающие доходы государства. Перед лицами, формулирующими политику, стоит задача обеспечить надлежащую приоритетность содействия укреплению и защите здоровья населения при учете других целей, обязательств, в том числе международных правовых обязательств, и интересов. В этой связи следует отметить, что в международных торговых соглашениях, как правило, признается право стран принимать меры по защите здоровья людей при условии, что они не применяются в такой форме, которая представляла бы собой неоправданную или произвольную дискриминацию или скрытые торговые ограничения. При этом в рамках национальных, региональных и международных усилий следует учитывать воздействие вредного употребления алкоголя.

(е) Сосредоточение внимания на справедливости. Показатели потребления алкогольных напитков всем населением заметно ниже в обществе с низким уровнем доходов, чем в обществе с высоким уровнем доходов. Однако при данном объеме потребления население с более низкими доходами может испытывать непропорционально более высокий уровень вреда, связанного с употреблением алкоголя. Существует значительная потребность в разработке и осуществлении эффективных мер политики и программ, направленных на сокращение подобных социальных различий как внутри отдельно взятых стран, так и между странами. Подобные меры политики необходимы также для генерирования и распространения новых знаний о сложной связи между вредным потреблением алкоголя и несправедливостью в социальной сфере и в здравоохранении, особенно среди коренного населения, меньшинств или маргинализированных групп и в развивающихся странах.

(f) Учет "контекста" в рекомендуемых действиях. Значительная часть опубликованных фактических данных об эффективности мероприятий по осуществлению политики в отношении алкоголя получена в странах с высокими уровнями доходов, и выражается озабоченность в связи с тем, что их эффективность зависит от контекста и что, возможно, они не поддаются воспроизведению в других условиях. Однако многие мероприятия по сокращению вредного употребления алкоголя осуществляются в самой

различной культурной среде и условиях, и их результаты часто согласуются и соответствуют исходным теориям и базе фактических данных, накопленных в других сходных областях общественного здравоохранения. Внимание лиц, разрабатывающих и осуществляющих меры политики, должно быть сосредоточено на соответствующей адаптации эффективных мероприятий с целью учета местного контекста и на соответствующем мониторинге и оценке с целью обеспечения обратной связи для последующих действий.

(g) **Усиление информации.** Государствами-членами, Секретариатом ВОЗ и некоторыми другими заинтересованными сторонами разработаны системы сбора, анализа и распространения данных о потреблении алкоголя, вреде, связанном с алкоголем, и ответных мерах политики. В знаниях по-прежнему существуют значительные пробелы, и важно заострить внимание на получении и распространении информации и знаний в связи с дальнейшим развитием ситуации в этой области, особенно в развивающихся странах и странах с низким и средним уровнями доходов. Глобальная информационная система ВОЗ по алкоголю и здоровью и интегрированные региональные информационные системы служат инструментом для более качественного мониторинга достигнутого прогресса в сокращении вредного употребления алкоголя на глобальном и региональном уровнях.

Цели и задачи

7. Национальные и местные усилия могут обеспечить более качественные результаты, когда они поддерживаются региональными и глобальными действиями в рамках согласованных основ политики. Таким образом, цель глобальной стратегии состоит в том, чтобы поддерживать и дополнять меры политики в области общественного здравоохранения в государствах-членах.

8. Видение глобальной стратегии – это улучшение результатов в отношении здоровья и социальных последствий для граждан, семей и общин в сочетании со значительным сокращением заболеваемости и смертности, связанных с вредным употреблением алкоголя, и вытекающими из этого социальными последствиями. Предусматривается, что глобальная стратегия будет содействовать развитию и обеспечит поддержку местных, региональных и глобальных действий по предупреждению и сокращению вредного употребления алкоголя.

9. Глобальная стратегия призвана служить руководством для действий на всех уровнях; определить приоритетные области для глобальных действий и рекомендовать комплекс вариантов и мер политики, которые можно было бы рассмотреть на предмет осуществления и скорректировать соответствующим образом на национальном уровне с учетом таких национальных обстоятельств, как религиозный и культурный контекст, национальные приоритеты в области общественного здравоохранения, а также ресурсы, потенциал и возможности.

10. Стратегия насчитывает пять задач:

(a) повышение глобальной информированности о масштабах и характере проблем здравоохранения, социальных и экономических проблем, вызванных вредным употреблением алкоголя, и усиление решимости правительств действовать в связи с вредным употреблением алкоголя;

(b) усиление базы знаний о масштабах и детерминантах связанного с алкоголем вреда и об эффективных мероприятиях по сокращению и предупреждению такого вреда;

- (с) расширение технической поддержки, оказываемой государствам-членам, и наращивание их потенциала в целях предупреждения вредного употребления алкоголя и ведения связанных с употреблением алкоголя нарушений и сопутствующих патологий;
- (d) укрепление партнерств и улучшение координации среди заинтересованных сторон и наращивание мобилизации ресурсов, необходимых для осуществления соответствующих и согласованных действий по предупреждению вредного употребления алкоголя;
- (е) совершенствование систем мониторинга и эпиднадзора на различных уровнях и более эффективное распространение и использование информации в целях информационно-пропагандистской работы, формулирования политики и оценки.

11. На вредное употребление алкоголя и сопутствующие этому проблемы общественного здравоохранения влияют общий уровень потребления алкоголя населением, формы употребления алкоголя и местные контексты. Для решения этих пяти задач потребуются глобальные, региональные и национальные меры воздействия на уровни, формы и контексты употребления алкоголя и на более широкие социальные детерминанты здоровья. Особое внимание следует уделять сокращению вреда, причиняемого лицам помимо употребляющих алкоголь и группам населения, подвергающимся особому риску в результате вредного употребления алкоголя, например детям, подросткам, женщинам детородного возраста, беременным и женщинам, кормящим грудью, коренному населению и другим меньшинствам или группам с низким социально-экономическим статусом.

Руководящие принципы

12. Защита здоровья населения путем предотвращения и сокращения вредного употребления алкоголя является приоритетом общественного здравоохранения. Меры политики будут разрабатываться и осуществляться с соблюдением на всех уровнях следующих принципов; они отражают многоплановые детерминанты связанного с алкоголем вреда и согласованные многосекторальные действия, необходимые для осуществления эффективных мероприятий.

- (a) Меры государственной политики и мероприятия по предотвращению и сокращению вредного употребления алкоголя должны определяться и формулироваться с учетом интересов общественного здравоохранения и опираться на ясные цели в области общественного здравоохранения и наилучшие имеющиеся фактические данные.
- (b) Меры политики должны быть справедливыми и чутко учитывать национальные, религиозные и культурные контексты.
- (с) Все участвующие стороны обязаны действовать таким образом, чтобы не создавать препятствий для осуществления мер государственной политики и мероприятий по предупреждению и сокращению вредного употребления алкоголя.
- (d) Следует отдавать надлежащее предпочтение общественному здравоохранению перед конкурирующими интересами и способствовать использованию подходов в поддержку такой направленности.
- (е) Защита групп населения, подвергающихся высокому риску вреда, связанного с алкоголем, и тех, кто испытывает на себе последствия вредного употребления спиртного другими лицами, должна являться неотъемлемым элементом мер политики, направленных на решение проблемы вредного употребления алкоголя.

- (f) Лица и семьи, затрагиваемые вредным употреблением алкоголя, должны иметь доступ к приемлемым по цене и эффективным службам профилактики и оказания помощи.
- (g) Дети, подростки и взрослые, предпочитающие не употреблять алкогольные напитки, имеют право на поддержку их трезвого образа жизни и на защиту от принуждения к употреблению алкоголя.
- (h) Государственные меры политики и мероприятия по предупреждению и сокращению связанного с алкоголем вреда должны охватывать все алкогольные напитки и суррогатный алкоголь¹.

Национальные меры политики и мероприятия

13. Вредное употребление алкоголя может быть сокращено, если страны примут эффективные меры по защите своего населения. На государствах-членах лежит главная ответственность за формулирование, осуществление, мониторинг и оценку мер государственной политики по сокращению вредного употребления алкоголя. Для осуществления подобных мер политики требуется широкий круг ориентированных на общественное здравоохранение стратегий профилактики и лечения. Все страны выиграют от наличия национальной стратегии и надлежащего правового механизма для сокращения вредного употребления алкоголя, независимо от уровня ресурсов в стране. В зависимости от особенностей вариантов политики и национальных обстоятельств некоторые варианты политики могут быть реализованы с помощью таких неправовых механизмов, как руководящие принципы или добровольные ограничения. Успешному осуществлению мероприятий должны способствовать мониторинг воздействия и соблюдения, а также установление и применение санкций за несоблюдение принятых законов и нормативных положений.

14. Важными факторами успеха являются неослабная политическая приверженность, эффективная координация, устойчивое финансирование и соответствующее вовлечение субнациональных органов государственного управления, а также гражданского общества и экономических субъектов. К формулированию и осуществлению мер антиалкогольной политики следует привлечь многие соответствующие органы, принимающие решения, например министерства здравоохранения, транспортные или налоговые ведомства. Правительствам необходимо создать эффективный и постоянный координационный механизм, например национальный антиалкогольный совет, состоящий из высокопоставленных представителей многочисленных министерств и других партнеров, чтобы обеспечить согласованный подход к мерам антиалкогольной политики и надлежащую сбалансированность между целями политики применительно к вредному употреблению алкоголя и другими целями государственной политики.

15. Министерства здравоохранения играют важную роль, обеспечивая взаимодействие других министерств и заинтересованных сторон, которые необходимы для разработки и осуществления эффективной политики. Им также следует обеспечить, чтобы планирование и осуществление профилактических и лечебных стратегий и мероприятий координировались со стратегиями и мероприятиями по таким другим связанным проблемам здоровья, имеющим высокую приоритетность в общественном здравоохранении, как незаконное употребление

¹ В этой стратегии "суррогатный алкоголь" относится к жидкостям, обычно содержащим этанол и не предназначенным для употребления в качестве напитков, которые распиваются взамен алкогольных напитков с целью вызвать опьянение или другие последствия, связанные с употреблением алкоголя.

наркотиков, психические заболевания, насилие и травмы, сердечно-сосудистые заболевания, рак, туберкулез и ВИЧ/СПИД.

16. Варианты политики и мероприятия, осуществимые в рамках национальных действий, можно разделить на 10 рекомендуемых целевых направлений, которые следует рассматривать в качестве взаимоподдерживающих и комплементарных:

- (a) лидерство, информированность и приверженность
- (b) ответные меры служб здравоохранения
- (c) действия по месту жительства
- (d) политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения
- (e) доступность алкогольных напитков
- (f) маркетинг алкогольных напитков
- (g) ценовая политика
- (h) сокращение негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольной интоксикации
- (i) сокращение воздействия на здоровье населения алкогольных напитков, произведенных незаконно или неорганизованным сектором¹
- (j) мониторинг и эпиднадзор.

17. Варианты политики и мероприятия, предлагаемые ниже для рассмотрения государствами-членами по каждому из 10 рекомендуемых целевых направлений, основаны на современных научных знаниях и имеющихся фактических данных об эффективности и затратоэффективности, опыте и надлежащей практике. Не все варианты политики и мероприятия подойдут или актуальны для всех государств-членов, а на некоторые из них может не хватить имеющихся ресурсов. Как таковые меры должны осуществляться по усмотрению каждого государства-члена в зависимости от национальных, религиозных и культурных контекстов, национальных приоритетов общественного здравоохранения и имеющихся ресурсов, а также в соответствии с конституционными принципами и международными правовыми обязательствами. Меры политики и мероприятия на национальном уровне будут поддерживаться и дополняться с помощью глобальных и региональных усилий по сокращению вредного употребления алкоголя.

¹ **Алкоголь, произведенный неорганизованным сектором**, означает алкогольные напитки, произведенные в домашних условиях или на месте в результате брожения и перегонки фруктов, зерна, овощей и тому подобного, часто в контексте местной культурной практики и традиций. Примерами алкогольных напитков, произведенных неорганизованным сектором, являются пиво из сорго, пальмовое вино и крепкие алкогольные напитки из сахарного тростника, зерна или другого сырья.

ВАРИАНТЫ ПОЛИТИКИ И МЕРОПРИЯТИЯ

Направление деятельности 1. Лидерство, информированность и приверженность

18. Для устойчивой деятельности необходимы энергичное лидерство и прочная основа в виде информированности и политической воли и приверженности. В идеале обязательства должны быть выражены через адекватно финансируемые всеобъемлющие и межсекторальные национальные меры политики, разъясняющие вклад и разделение ответственности между различными участвующими партнерами. Меры политики должны опираться на имеющиеся фактические данные и учитывать местные обстоятельства с указанием ясных задач, стратегий и целевых ориентиров. Эта политика должна сопровождаться конкретным планом действий и поддерживаться эффективными и устойчивыми механизмами реализации и оценки. Важное значение имеет надлежащее вовлечение гражданского общества и экономических субъектов.

19. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

- (a) разработку или усиление существующих всеобъемлющих национальных и субнациональных стратегий, планов действий и мероприятий в области сокращения вредного употребления алкоголя;
- (b) создание или назначение, в соответствующем случае, головного учреждения или агентства, на которое будет возложено осуществление последующих мероприятий в связи с национальными мерами политики, стратегиями и планами;
- (c) координацию антиалкогольных стратегий с работой, осуществляемой в других соответствующих секторах, включая сотрудничество между различными уровнями органов государственного управления, а также с другими соответствующими стратегиями и планами в секторе здравоохранения;
- (d) обеспечение широкого доступа к информации и эффективным программам обучения и формирования общественного мнения среди всех слоев общества обо всех формах связанного с алкоголем вреда, который причиняется в стране, и о необходимости и наличии эффективных мер профилактики;
- (e) повышение осведомленности о вреде для других лиц и среди уязвимых групп населения, который причиняется употреблением спиртного, предотвращение стигматизации и активное воспрепятствование дискриминации в отношении затронутых групп и лиц.

Направление деятельности 2. Ответные меры служб здравоохранения

20. Службам здравоохранения принадлежит центральная роль в противодействии индивидуальному вреду, наносимому лицам при нарушениях, связанных с вредным употреблением алкоголя, и других проблемах здоровья, вызванных алкоголем. Службам здравоохранения следует обеспечивать профилактику и лечение лиц и их семей, подвергающихся риску или страдающих нарушениями, вызванными употреблением алкоголя, и связанными с этим состояниями. Другая важная роль служб и специалистов здравоохранения состоит в информировании общества о здравоохранительных и социальных последствиях вредного употребления алкоголя, оказании содействия местным сообществам в их усилиях, направленных на сокращение вредного употребления алкоголя, и в продвижении эффективных ответных мер со стороны общества. Службы здравоохранения должны также охватывать, мобилизовывать и вовлекать широкий круг участников вне сектора здравоохранения.

Ответные меры служб должны быть достаточно усилены и получать финансирование в объемах, соразмерных масштабам проблем общественного здравоохранения, вызванных вредным употреблением алкоголя.

21. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

- (a) повышение способности систем здравоохранения и социального обеспечения обеспечивать профилактику, лечение и медицинскую помощь при нарушениях, вызванных и связанных с употреблением алкоголя, и сопутствующих патологических состояниях, в том числе поддержку и лечение затронутых семей и оказание поддержки в проведении мероприятий и программ обеспечения взаимопомощи или самопомощи;
- (b) оказание поддержки инициативам по проведению скрининга и мер краткосрочного вмешательства в отношении опасного и вредного употребления спиртных напитков на уровне первичной медико-санитарной помощи и в других условиях; такие инициативы должны включать выявление на раннем этапе и ведение случаев вредного употребления спиртных напитков среди беременных женщин и женщин детородного возраста;
- (c) расширение возможностей в области профилактики, выявления и осуществления мер вмешательства в отношении отдельных лиц и семей с синдромом алкогольной фетопатии и целым рядом связанных с алкоголем нарушений здоровья;
- (d) разработку и эффективную координацию комплексных и/или взаимосвязанных стратегий и служб профилактики, лечения и оказания помощи при нарушениях, связанных с употреблением алкоголя, и сопутствующих патологических состояниях, включая связанные с употреблением наркотиков нарушения, депрессию, самоубийства, ВИЧ/СПИД и туберкулез;
- (e) обеспечение всеобщего доступа к службам здравоохранения, в том числе путем обеспечения более широкого наличия, доступности и ценовой приемлемости лечебных услуг для групп с низким социально-экономическим статусом;
- (f) создание и поддержание системы регистрации и мониторинга заболеваемости и смертности, которые могут быть обусловлены употреблением алкоголя, с механизмами регулярной отчетности;
- (g) обеспечение соответствующих услуг в области здравоохранения и социальных услуг с учетом культурных норм.

Направление деятельности 3. Действия по месту жительства

22. Воздействие вредного употребления алкоголя на местные сообщества может дать толчок и способствовать развитию местных инициатив и решений местных проблем. Органы государственной власти и другие заинтересованные стороны могут оказывать поддержку местным сообществам и расширять их права и возможности для использования накопленных ими на местах знаний и опыта в целях осуществления эффективных мер для предупреждения и сокращения вредного употребления алкоголя путем изменения не индивидуальных, а коллективных форм поведения, обеспечивая при этом соблюдение культурных норм, убеждений и системы ценностей.

23. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

- (a) содействие проведению оперативных оценок с целью выявления пробелов и приоритетных направлений в осуществлении мероприятий на уровне местных сообществ;

- (b) создание условий, способствующих более полному осознанию вреда, связанного с потреблением алкоголя, на местном уровне и содействие принятию надлежащих эффективных и затратоэффективных мер в отношении местных факторов, обуславливающих вредное употребление алкоголя и связанные с ним проблемы;
- (c) расширение возможностей местных органов власти по поддержке и координации согласованных действий на местном уровне, путем оказания содействия и создания условий для разработки политики сокращения вредного употребления алкоголя на муниципальном уровне, а также этого потенциала в области расширения партнерских связей и сетей взаимодействия между местными учреждениями и неправительственными организациями;
- (d) предоставление информации об эффективных мерах вмешательства на уровне местных сообществ и укрепление потенциала на местах для их осуществления;
- (e) мобилизацию местного населения в целях недопущения продажи алкоголя несовершеннолетним и его употребления несовершеннолетними лицами, а также создание или поддержку свободной от алкоголя среды, особенно для молодежи и других групп риска;
- (f) предоставление местным сообществом помощи и поддержки лицам, затронутым этой проблемой, и их семьям;
- (g) разработку или поддержку программ и мер политики на уровне местных сообществ, ориентированных на подгруппы населения повышенного риска, таких как молодые люди, безработные и коренное население, решение конкретных проблем, таких как незаконное или неорганизованное производство и распределение алкогольных напитков, а также проведение мероприятий на местном уровне, таких как спортивные мероприятия и городские фестивали.

Направление деятельности 4. Политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения

24. Управление автотранспортным средством в состоянии алкогольного опьянения серьезно воздействует на рассудок, координацию и другие моторные функции человека. Управление транспортным средством под воздействием алкоголя является серьезной проблемой общественного здравоохранения, затрагивающей как самого пьющего человека, так и, во многих случаях, другие невиновные стороны. Существуют действенные основанные на фактических данных меры для сокращения случаев управления транспортными средствами в состоянии опьянения. Стратегии сокращения вреда, сопутствующего управлению транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, должны включать меры сдерживания, нацеленные на сокращение вероятности того, что гражданин будет управлять транспортным средством в состоянии опьянения, а также меры, способствующие созданию более безопасной среды для управления транспортными средствами, с тем чтобы сократить как вероятность, так и тяжесть вреда, сопутствующего авариям, совершенным под влиянием алкогольного опьянения.

25. В некоторых странах масштабы травматизма в результате дорожно-транспортных происшествий с участием пешеходов в состоянии алкогольного опьянения носят значительный характер, и этой проблеме следует уделять первоочередное внимание при проведении мероприятий.

26. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

- (a) установление и обеспечение соблюдения верхнего предела содержания алкоголя в крови с более низким пределом для профессиональных водителей и молодых или начинающих водителей;
- (b) содействие организации пунктов проверки трезвости и проведению выборочного алкогольно-респираторного тестирования;
- (c) временное лишение водительских прав в административном порядке;
- (d) дифференцированную выдачу водительских прав начинающим водителям и нулевую терпимость в отношении управления транспортными средствами в состоянии опьянения;
- (e) использование блокировки зажигания в конкретных контекстах, когда это приемлемо в ценовом отношении, для сокращения числа несчастных случаев в результате управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения;
- (f) программы обязательного обучения водителей, консультирования и, при необходимости, лечения для лиц, повторно совершающих правонарушения;
- (g) содействие предоставлению альтернативных транспортных услуг, включая общественный транспорт, после закрытия питейных заведений;
- (h) проведение информационно-разъяснительных кампаний среди населения в поддержку политики с целью повышения общего сдерживающего эффекта;
- (i) проведение тщательно спланированных, интенсивных, хорошо организованных кампаний СМИ, ориентированных на конкретные ситуации, такие как периоды праздников и отпусков, или конкретные целевые группы, например, молодежь.

Направление деятельности 5. Доступность алкогольных напитков

27. Стратегии общественного здравоохранения, целью которых является регулирование доступности алкогольных напитков для коммерческих целей и для населения с помощью законодательных актов, политики и программ, имеют важное значение для снижения общего уровня вредного употребления алкоголя. Такие стратегии обеспечивают необходимые меры для предупреждения легкого доступа к алкогольным напиткам уязвимых и подвергающихся высокому риску групп населения. Доступность алкогольных напитков для коммерческих целей и для населения могут оказывать взаимное влияние на социальную доступность алкогольных напитков и, таким образом, способствовать изменению социальных и культурных норм, создающих условия для вредного употребления алкоголя. Уровень регулирования доступности алкогольных напитков зависит от местных обстоятельств, включая социально-культурные и экономические условия, а также существующие международные обязательства, имеющие обязательную силу. В некоторых развивающихся странах и странах с низким и средним уровнями доходов основным источником алкогольных напитков являются неорганизованные рынки, и официальная система контроля за продажами должна дополняться действиями, направленными на борьбу с незаконным и неофициальным производством алкогольных напитков. Кроме того, слишком строгие ограничения на доступность могут способствовать возникновению параллельного незаконного рынка. В рамках мер, касающихся доступности алкогольных напитков, следует также принимать во внимание возможности получения их побочным путем, например через родителей или друзей.

28. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

(a) создание, использование и обеспечение соблюдения требований надлежащей системы для регулирования производства, оптовой продажи и предоставления алкогольных напитков в сфере обслуживания, которая накладывает разумные ограничения на распределение алкогольных напитков и деятельность пунктов их продажи в соответствии с культурными нормами, используя следующие возможные меры:

(i) введение, когда это целесообразно, системы лицензирования розничной торговли или государственных монополий, ориентированных на соблюдение интересов общественного здравоохранения;

(ii) регулирование числа и местоположения точек торговли алкогольными напитками с потреблением напитков по месту продажи или за его пределами;

(iii) регулирование дней и часов осуществления розничной продажи;

(iv) регулирование форм розничной продажи алкогольных напитков;

(v) регулирование розничной продажи в определенных местах или в ходе особых мероприятий;

(b) установление соответствующего минимального возраста для приобретения или потребления алкогольных напитков и других мер политики для создания барьеров против продажи алкогольных напитков подросткам или их употребления подростками;

(c) принятие мер политики в целях недопущения продажи алкогольных напитков лицам в состоянии опьянения или не достигшим установленного законом возраста и рассмотрение вопроса о введении механизмов возложения ответственности на продавцов и лиц, обслуживающих клиентов, в соответствии с национальным законодательством;

(d) установление мер политики в отношении употребления спиртных напитков в общественных местах или в ходе официальных мероприятий, организуемых государственными организациями, и при выполнении ими своих функций;

(e) принятие мер политики в целях сокращения и устранения наличия, незаконного производства, продажи и распределения алкогольных напитков, а также регулирования или контроля за алкоголем, произведенным неорганизованным сектором.

Направление деятельности 6. Маркетинг¹ алкогольных напитков

29. Важным фактором в сокращении вредного употребления алкоголя является ослабление воздействия маркетинга. Сбыт алкоголя осуществляется с помощью все более изощренных методов традиционной рекламы и продвижения, а также путем увязки алкогольных брендов со

¹ Маркетинг может означать в зависимости от ситуации и в соответствии с национальным законодательством любую форму коммерческой коммуникации или обращения, которые призваны усилить или имеют следствием усиление признания, привлекательности и/или потребления конкретных продуктов и услуг. Он может включать все, что способствует рекламе или продвижению иным образом продукта или услуги.

спортивными и культурными мероприятиями, за счет спонсорства и размещения скрытой рекламы, с помощью использования методов маркетинга в таких новых форматах, как электронная почта, передача SMS-сообщений и подкастинг, социальные каналы общения и другие методы коммуникации. В некоторых странах серьезную обеспокоенность стала вызывать передача маркетинговых сообщений по алкоголю за пределы национальных границ и юрисдикций по таким каналам, как спутниковое телевидение, Интернет и спонсорство спортивных и культурных мероприятий.

30. Крайне трудно оказывать целевое рекламное воздействие на молодых совершеннолетних потребителей, не подвергая такому же маркетинговому воздействию группы подростков, не достигших совершеннолетия. Особую обеспокоенность вызывает привлекательное маркетинговое воздействие на детей и молодежь, равно как и воздействие на новые рынки в странах с низким и средним уровнями доходов, имеющих сегодня низкие показатели распространенности употребления алкоголя или высокие показатели неупотребления алкогольных напитков. Важнейшими проблемами являются информационное наполнение маркетинговых сообщений в отношении алкоголя, а также масштабы воздействия такого маркетинга на молодежь. В целях защиты молодых людей от таких методов маркетинга следует рассмотреть возможность использования подхода, основанного на принципе осторожности.

31. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

- (a) создание механизмов регулирования и совместного регулирования, желательно на законодательной основе и при поддержке, в случае необходимости, с помощью мер саморегулирования, в отношении маркетинга алкогольной продукции путем:
 - (i) регулирования контента и объема маркетинга;
 - (ii) регулирования прямого или непрямого маркетинга в некоторых или всех СМИ;
 - (iii) принятия мер регулирования в отношении спонсорских мероприятий, продвигающих алкогольные напитки;
 - (iv) введения ограничений или запретов на рекламные мероприятия, связанные с деятельностью, ориентированной на молодежь;
 - (v) регулирования новых форм маркетинга алкогольной продукции, например маркетинга в социальных сетях;
- (b) разработку государственными учреждениями или независимыми органами эффективных систем надзора за маркетингом алкогольных напитков;
- (c) создание эффективных административных и сдерживающих систем, направленных против несоблюдения ограничений на маркетинг.

Направление деятельности 7. Ценовая политика

32. Потребители, включая лиц, употребляющих алкоголь в больших количествах, и молодых людей, чувствительны к изменениям цен на напитки. Ценовая политика может использоваться в целях сокращения употребления спиртного несовершеннолетними, противодействия переходу к употреблению алкоголя в больших количествах и/или к эпизодическим случаям употребления алкоголя в больших количествах, а также оказания воздействия на предпочтения

потребителей. Повышение цены на алкогольные напитки является одной из наиболее эффективных мер сокращения вредного употребления алкоголя. Важным фактором достижения успеха в осуществлении ценовых мер политики в области сокращения вредного употребления алкоголя является эффективная и действенная система налогообложения, дополненная должным взиманием налогов и контролем за соблюдением налоговой дисциплины.

33. На последствия этой политики могут влиять такие факторы, как предпочтения и выбор потребителей, изменение доходов, альтернативные источники алкоголя в стране или в соседних странах, а также наличие или отсутствие других мер политики в отношении алкоголя. Существуют различные пути воздействия на спрос на различные напитки. Повышение налогов может по-разному влиять на объем продаж в зависимости от того, как это влияет на цену для потребителя. Во многих странах рассмотрение политики налогообложения усложняется из-за существования значительного незаконного рынка алкоголя. В подобных условиях изменение налогов должно сопровождаться усилиями по установлению действенного государственного контроля над незаконными и неофициальными рынками. Повышение налогов также может наталкиваться на сопротивление со стороны групп потребителей и субъектов экономической деятельности, и политика в области налогообложения выиграет при поддержке с помощью мер информирования и повышения уровня информированности с целью оказания противодействия такому сопротивлению.

34. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

- (a) создание системы специального налогообложения алкогольных напитков, дополненной эффективной системой правоприменения, которая может учитывать в соответствующих случаях содержание алкоголя в напитке;
- (b) регулярный пересмотр цен относительно уровня инфляции и доходов;
- (c) введение запрета или ограничений на использование прямого или косвенного ценового стимулирования, продаж со скидкой, продаж ниже себестоимости и фиксированных цен за неограниченное употребление спиртных напитков или иных видов продаж в больших объемах;
- (d) установление, при необходимости, минимальных цен на алкогольные напитки;
- (e) обеспечение ценовых стимулов для безалкогольных напитков;
- (f) прекращение или сокращение субсидий для экономических субъектов, занимающихся торговлей алкогольными напитками.

Направление деятельности 8. Сокращение негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольной интоксикации

35. Это целевое направление деятельности включает варианты политики и мероприятия, направленные непосредственно на снижение вреда, наносимого алкогольным опьянением и употреблением спиртных напитков, которые при этом необязательно оказывают воздействие на уровень потребления спиртных напитков. Имеющиеся фактические данные и надлежащая практика указывают на желательность комплементарного использования мероприятий в рамках более широкой стратегии по предупреждению или сокращению негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольного опьянения. Применяя эти подходы, регулируя среду употребления алкогольных напитков или информируя потребителей, следует избегать того, чтобы это воспринималось как одобрение употребления спиртных напитков или содействие их употреблению.

36. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

- (a) регулирование условий употребления алкогольных напитков с целью сведения к минимуму случаев насилия и агрессивного поведения, включая подачу клиентам алкогольных напитков в посуде из пластика или небьющегося стекла и разрешение проблем, связанных с алкоголем, при проведении крупномасштабных общественных мероприятий;
- (b) обеспечение соблюдения законов, запрещающих предоставление клиентам алкогольных напитков, доводя их до состояния интоксикации, и правовую ответственность за последствия причиненного вреда в результате предоставления алкогольных напитков;
- (c) обеспечение соблюдения мер политики в области менеджмента, касающихся ответственного отношения к предоставлению напитков клиентам по месту их продажи и обучение персонала в соответствующих секторах тому, как лучше обращаться с находящимися в состоянии интоксикации и агрессивными потребителями алкоголя, выявлять их и предупреждать такие случаи;
- (d) снижение содержания алкоголя в напитках различных категорий;
- (e) предоставление необходимой помощи или крова лицам в состоянии сильной интоксикации;
- (f) обеспечение информации для потребителей и размещение на алкогольных напитках маркировки, предупреждающей о вреде употребления алкоголя.

Направление деятельности 9. Сокращение воздействия на здоровье населения алкогольных напитков, произведенных незаконно или неорганизованным сектором

37. Употребление алкоголя, произведенного незаконно или неорганизованным сектором, может иметь дополнительные отрицательные последствия для здоровья ввиду более высокого содержания этанола и возможной контаминации токсическими веществами, такими как метанол. Оно также может затруднить способность правительств облагать налогом и контролировать легально произведенный алкоголь. Меры по уменьшению этих дополнительных отрицательных последствий должны приниматься в соответствии с показателями распространенности употребления алкоголя, произведенного незаконно и/или неорганизованным сектором, и сопутствующим ущербом. Необходимо располагать качественным научным, техническим и институциональным потенциалом для планирования и осуществления соответствующих национальных, региональных и международных мер. Также важны хорошее знание рынка и понимание состава и методов неорганизованного или незаконного производства алкоголя в сочетании с надлежащей законодательной основой и активными мерами ее соблюдения. Эти мероприятия должны дополнять, но не заменять другие мероприятия по сокращению вредного употребления алкоголя.

38. Производство и продажа алкогольных напитков в неорганизованном секторе являются прочно укоренившейся культурной традицией во многих странах, и контроль за этой деятельностью часто осуществляется неофициально. Таким образом, меры борьбы с алкогольными напитками, произведенными незаконно и неорганизованным сектором, могут носить различный характер, и они должны сочетаться с повышением уровня информированности и мобилизацией местного населения. Важное значение имеют также усилия, направленные на стимулирование использования альтернативных источников доходов.

39. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

- (a) качественный контроль за производством и распределением алкогольных напитков;
- (b) регулирование продажи алкоголя, произведенного неорганизованным сектором, и включение его в сферу действия системы налогообложения;
- (c) эффективную систему контроля и правоприменения, включая отметки об уплате налога;
- (d) разработку или укрепление систем отслеживания и прослеживания незаконного алкоголя;
- (e) обеспечение необходимого сотрудничества и обмена соответствующей информацией о борьбе с незаконным алкоголем между органами власти на национальном и международном уровнях;
- (f) выпуск соответствующих предупреждений общественности о загрязнителях и других угрозах для здоровья, исходящих от алкоголя, произведенного неорганизованным сектором или незаконно.

Направление деятельности 10. Мониторинг и эпиднадзор

40. Данные мониторинга и эпиднадзора служат основой для успеха и соответствующего осуществления других девяти вариантов политики. Мониторинг и эпиднадзор на местном, национальном и международном уровнях необходимы для осуществления контроля за масштабом вреда, наносимого алкоголем, и тенденциями в этой области, усиления информационно-пропагандистской деятельности, формирования политики и оценки эффективности принимаемых мер. При проведении мониторинга также следует учитывать типологию лиц, обращающихся за услугами, и причину того, почему наиболее затронутые лица не обращаются за помощью в службы профилактики и лечения. Данные могут быть доступны в других секторах, и необходимы качественные системы координации, обмена информацией и сотрудничества для сбора потенциально широкого круга информации, необходимой для осуществления всестороннего мониторинга и эпиднадзора.

41. Разработка устойчивых национальных информационных систем, использующих показатели, определения и процедуры сбора данных, совместимые с глобальными и региональными информационными системами ВОЗ, является важной предпосылкой для эффективной оценки национальных усилий по сокращению вредного употребления алкоголя и для мониторинга тенденций на субрегиональном, региональном и глобальном уровнях. Систематический постоянный сбор, обработка и анализ данных, своевременное распространение информации и обратная связь с лицами, формулирующими политику, и другими заинтересованными сторонами должны являться неотъемлемой частью осуществления любой политики и мер по сокращению вредного употребления алкоголя. Сбор, анализ и распространение информации о вредном употреблении алкоголя являются деятельностью, требующей значительных ресурсов.

42. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

- (a) создание эффективных основ для осуществления деятельности в области мониторинга и эпиднадзора, включая проведение периодических национальных исследований в отношении потребления алкоголя и связанного с алкоголем вреда, а также разработку плана обмена информацией и ее распространения;

- (b) создание или назначение какого-либо учреждения или иного организационного субъекта, отвечающего за сбор, обработку, анализ и распространение имеющихся данных;
- (c) определение и отслеживание общего набора показателей вредного употребления алкоголя и ответных мер политики и мероприятий по предотвращению и сокращению такого употребления, включая издание национальных докладов;
- (d) создание банка данных на страновом уровне, основанного на международно согласованных показателях и отчетных данных в формате, согласованном с ВОЗ и другими соответствующими международными организациями;
- (e) разработку механизмов оценки собранных данных в целях определения эффективности мер политики, мероприятий и программ, направленных на сокращение вредного употребления алкоголя.

ГЛОБАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ: ОСНОВНЫЕ РОЛИ И КОМПОНЕНТЫ

43. Принимая во внимание масштабы и сложный характер данной проблемы, необходимы согласованные усилия на глобальном уровне для оказания поддержки государствам-членам в решении тех сложных задач, с которыми они сталкиваются на национальном уровне. Международная координация и сотрудничество создают необходимый синергетический эффект и расширяют возможности государств-членов для принятия научно обоснованных мер.

44. ВОЗ в сотрудничестве с другими организациями системы Организации Объединенных Наций и другими международными партнерами будет:

- (a) обеспечивать лидерство;
- (b) усиливать информационно-разъяснительную деятельность;
- (c) формулировать в сотрудничестве с государствами-членами варианты политики на основе фактических данных;
- (d) способствовать развитию сотрудничества и обмену опытом между странами;
- (e) способствовать укреплению партнерских отношений и мобилизации ресурсов;
- (f) осуществлять координацию деятельности по мониторингу в отношении вреда, наносимого алкоголем, и хода работы в странах по борьбе с ним.

45. Деятельность ВОЗ и других международных партнеров в поддержку осуществления данной глобальной стратегии будет осуществляться в рамках их сфер полномочий. Важную роль в усилении деятельности на глобальном уровне играют международные неправительственные организации, профессиональные объединения, научно-исследовательские учреждения и экономические субъекты, деятельность которых касается проблем, связанных с алкоголем.

- (a) Основным партнерам в рамках системы Организации Объединенных Наций и таким международным организациям, как МОТ, ЮНИСЕФ, ВТО, ПРООН, ЮНФПА, ЮНЭЙДС, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, а также группа Всемирного банка, будет настоятельно предложено расширить совместную деятельность и сотрудничество в целях предупреждения и

сокращения вредного использования алкоголя, особенно в развивающихся странах и странах с низким и средним уровнем доходов.

(b) Гражданское общество играет важную роль, предостерегая о воздействии вредного употребления алкоголя на отдельных граждан, семьи и общины, и обеспечивая дополнительную поддержку и ресурсы для сокращения связанного с алкоголем вреда. Неправительственным организациям особо предлагается формировать широкомасштабные сети и группы действий в поддержку реализации данной глобальной стратегии.

(c) Научно-исследовательские учреждения и профессиональные объединения также играют ключевую роль, обеспечивая дополнительные фактические данные для практических действий и распространяя их среди работников здравоохранения и среди населения в целом. Сотрудничающие центры ВОЗ играют важную роль в поддержке реализации и оценки глобальной стратегии.

(d) Экономические субъекты, занимающиеся производством и торговлей алкогольной продукции, играют важную роль в области разработки, производства, распределения, маркетинга и сбыта алкогольных напитков. Им особо предлагается рассмотреть эффективные пути предупреждения и сокращения вредного употребления алкоголя в рамках вышеуказанной осуществляемой ими деятельности, включая меры и инициативы в области саморегулирования. Они также могли бы внести вклад, предоставляя имеющиеся данные о продаже и потреблении алкогольных напитков.

(e) СМИ играют все более важную роль не только в качестве источника новостей и информации, но также в качестве канала для коммерческой коммуникации, и их следует побуждать к поддержке целей и мероприятий в рамках глобальной стратегии.

Информационно-пропагандистская деятельность и партнерства в области общественного здравоохранения

46. Международная информационно-пропагандистская деятельность и партнерства в области общественного здравоохранения необходимы для укрепления приверженности и возможностей правительств и всех соответствующих сторон на всех уровнях в целях сокращения вредного употребления алкоголя во всем мире.

47. ВОЗ привержена повышению осведомленности о проблемах общественного здравоохранения, вызываемых вредным употреблением алкоголя, и о возможных шагах по предотвращению и сокращению такого употребления ради спасения человеческих жизней и сокращения страданий. ВОЗ будет взаимодействовать с другими международными межправительственными организациями и, в соответствующих случаях, международными органами, представляющими основные заинтересованные стороны, в обеспечении того, чтобы соответствующие участники могли внести вклад в сокращение вредного употребления алкоголя.

48. Секретариат будет оказывать поддержку государствам-членам посредством:

(a) повышения осознания масштабов проблем общественного здравоохранения, вызываемых вредным употреблением алкоголя, и пропаганды необходимости предпринять надлежащие действия на всех уровнях, чтобы предотвратить и уменьшить такие проблемы;

(b) выступая за то, чтобы уделялось внимание вопросам вредного употребления алкоголя в повестках дня соответствующих международных и межправительственных

организаций в целях обеспечения согласованности политики между сектором здравоохранения и другими секторами на региональном и глобальном уровнях;

(с) содействия и облегчения международной координации, сотрудничества, партнерств и обмена информацией для обеспечения необходимого синергизма и согласованных действий всех соответствующих сторон;

(d) обеспечения последовательности, научной обоснованности и четкости основных сообщений, касающихся предотвращения и сокращения вредного употребления алкоголя;

(е) содействия созданию межстрановых сетей и обмену опытом между странами;

(f) содействия созданию международных сетей для решения специфичных и сходных проблем (например, решения специфичных проблем коренных групп населения или других меньшинств или изменения распространенных среди молодежи привычек употребления алкоголя);

(g) поощрения надлежащего учета участниками международных, региональных и двусторонних торговых переговоров необходимости и способности национальных правительств и субнациональных органов власти регулировать распределение, продажу и маркетинг алкоголя, сокращая таким образом издержки для здоровья и социальные издержки, связанные с алкоголем;

(h) обеспечения наличия в Секретариате ВОЗ процессов, необходимых для работы с неправительственными организациями и другими группами гражданского общества, принимая во внимание любые конфликты интересов, которые могут иметь некоторые неправительственные организации;

(i) продолжения своего диалога с частным сектором в отношении того, как этот сектор может наилучшим образом внести свой вклад в уменьшение вреда, связанного с алкоголем. Будет уделяться надлежащее внимание затрагиваемым коммерческим интересам и возможному конфликту между ними и задачами общественного здравоохранения.

Техническая поддержка и создание потенциала

49. Многим государствам-членам необходимы возросший потенциал и возможности для выработки, обеспечения соблюдения и поддержки необходимой политики и правовых механизмов, а также механизмов осуществления. Глобальные действия будут поддерживать национальные действия посредством разработки устойчивых механизмов и обеспечения необходимого нормативного руководства и технических средств для эффективной технической поддержки и создания потенциала с особым упором на развивающиеся страны и страны с низким и средним уровнями доходов. Такие действия должны соответствовать национальным условиям, потребностям и приоритетам. Создание необходимой инфраструктуры для эффективных ответных мер политики в странах с более высоким или возрастающим бременем болезней, связанных с алкоголем, является важной предпосылкой для достижения более широких целей в области общественного здравоохранения и развития.

50. ВОЗ привержена сотрудничеству с другими соответствующими участниками на региональном и глобальном уровнях, с тем чтобы обеспечить техническое руководство и поддержку усилению институционального потенциала для реагирования на проблемы общественного здравоохранения, вызванные вредным употреблением алкоголя. ВОЗ будет уделять особое внимание поддержке и созданию потенциала в развивающихся странах и странах с низким и средним уровнями доходов.

51. Секретариат будет оказывать поддержку государствам-членам посредством:

- (a) документирования и распространения хороших моделей реагирования служб здравоохранения на проблемы, связанные с алкоголем;
- (b) документирования и распространения наилучшей практики и моделей реагирования на проблемы, связанные с алкоголем, в различных секторах;
- (c) использования специальных знаний в других областях, таких как дорожная безопасность, налогообложение и правосудие, вместе с опытом общественного здравоохранения, с тем чтобы разработать эффективные модели предотвращения и сокращения вреда, связанного с алкоголем;
- (d) обеспечения нормативного руководства в отношении эффективных и затратоэффективных мероприятий по профилактике и лечению в различных условиях;
- (e) развития и укрепления глобальных, региональных и межстрановых сетей для оказания помощи в обмене наилучшей практикой и содействия в создании потенциала;
- (f) реагирования на запросы государств-членов в отношении поддержки их усилий по созданию потенциала для обеспечения понимания последствий международной торговли и торговых соглашений для здоровья.

Формирование и распространение знаний

52. Важными областями международных действий будет мониторинг тенденций в потреблении алкоголя, вреда, относимого на счет алкоголя, и ответных мер общества, анализ этой информации и содействие ее своевременному распространению. Необходимы дальнейшая систематическая консолидация и распространение на глобальном уровне имеющихся знаний о масштабах вредного употребления алкоголя, а также об эффективности и затратоэффективности профилактических и лечебных мероприятий, особенно информации об эпидемиологии употребления алкоголя и вреде, связанном с алкоголем, о воздействии вредного употребления алкоголя на экономическое и социальное развитие и распространение инфекционных болезней в развивающихся странах и странах с низким и средним уровнями доходов.

53. Глобальная информационная система по алкоголю и здоровью и ее региональные компоненты были разработаны ВОЗ для динамичного представления данных об уровнях и формах потребления алкоголя, последствиях для здоровья и социальных последствиях, относимых на счет алкоголя, и об ответных мерах политики на всех уровнях. Улучшение глобальных и региональных данных об алкоголе и здоровье требует разработки национальных систем мониторинга, регулярного представления данных в ВОЗ назначенными координаторами и укрепления соответствующих мероприятий по эпиднадзору.

54. ВОЗ постоянно работает с соответствующими партнерами над составлением международной повестки дня научных исследований в области алкоголя и здоровья, над созданием потенциала для исследований, а также над содействием и поддержкой международных исследовательских сетей и проектов в целях получения и распространения данных, необходимых для информирования политики и разработки программ.

55. Секретариат будет оказывать поддержку государствам-членам посредством:

- (a) обеспечения международного справочно-информационного центра для информации об эффективных и затратоэффективных мероприятиях по уменьшению

вредного употребления алкоголя, включая содействие обмену информацией об эффективных службах лечения;

(b) укрепления Глобальной информационной системы по алкоголю и здоровью и сравнительной оценки рисков бремени болезней, относимых на счет алкоголя;

(c) разработки или совершенствования соответствующих механизмов сбора данных, основанных на сопоставимых данных и согласованных показателях и определениях, с тем чтобы содействовать сбору, систематизации, анализу и распространению данных на глобальном, региональном и национальном уровнях;

(d) содействия региональным и глобальным сетям для поддержки и дополнения национальных усилий с упором на формирование знаний и обмен информацией;

(e) дальнейшего сотрудничества с международными сетями ученых и экспертов здравоохранения для содействия исследованиям по различным аспектам вредного употребления алкоголя;

(f) содействия сравнительным исследованиям эффективности различных мер политики, примененных в различных культурных условиях и контекстах развития;

(g) содействия оперативным исследованиям для расширения эффективных мероприятий и исследований в области взаимосвязи между вредным употреблением алкоголя и проявлениями социального неравенства и неравенства в отношении здоровья.

Мобилизация ресурсов

56. Масштабы распространения болезней, относимых на счет употребления алкоголя, и социального бремени находятся в резком противоречии с ресурсами, имеющимися на всех уровнях, для сокращения вредного употребления алкоголя. Глобальные инициативы в области развития должны учитывать, что странам с низким и средним уровнями доходов необходима техническая поддержка - посредством как оказания практической помощи, так и предоставления опыта, - для разработки и укрепления национальных мер политики и планов для предотвращения вредного употребления алкоголя и развития надлежащей инфраструктуры, в том числе в системах медико-санитарной помощи. Учреждениям по развитию следует рассматривать сокращение вредного употребления алкоголя в качестве приоритетной области в развивающихся странах и странах с низким и средним уровнями доходов с высоким бременем болезней, которые можно отнести к вредному употреблению алкоголя. Официальная помощь развитию так же, как и механизмы сотрудничества между развивающимися странами, дает возможности для создания устойчивого институционального потенциала в этой области в развивающихся странах и странах с низким и средним уровнями доходов. В этой связи государствам-членам настоятельно предлагается оказывать друг другу поддержку в осуществлении глобальной стратегии с помощью международного сотрудничества и оказания развивающимся странам финансового содействия, в том числе официальной помощи развитию.

57. ВОЗ привержена оказанию странам по их просьбе содействия в мобилизации и объединении имеющихся ресурсов для поддержки глобальных и национальных действий по сокращению вредного употребления алкоголя в установленных приоритетных областях.

58. Секретариат будет оказывать поддержку государствам-членам посредством:

(a) содействия обмену опытом и хорошей практикой финансирования мер политики и мероприятий, направленных на сокращение вредного употребления алкоголя;

(b) изучения новых или новаторских путей и средств обеспечения адекватного финансирования для осуществления глобальной стратегии;

(c) сотрудничества с международными партнерами, межправительственными партнерами и донорами с целью мобилизации необходимых ресурсов для поддержки усилий развивающихся стран и стран с низким и средним уровнями доходов по сокращению вредного употребления алкоголя.

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СТРАТЕГИИ

59. Для успешного осуществления стратегии потребуются согласованные действия государств-членов, эффективное глобальное руководство и надлежащее участие всех соответствующих заинтересованных сторон. Все действия, перечисленные в стратегии, предлагаются в поддержку решения указанных в ней пяти задач.

60. Секретариат будет регулярно представлять доклады о глобальном бремени связанного с алкоголем вреда, формулировать основанные на фактических данных рекомендации и выступать за принятие на всех уровнях мер по предотвращению и сокращению вредного употребления алкоголя. Он будет сотрудничать с другими межправительственными организациями и, в соответствующих случаях, с другими международными органами, представляющими основные заинтересованные стороны, с целью обеспечения того, чтобы действиям по сокращению вредного употребления алкоголя уделялось надлежащее приоритетное внимание и выделялись ресурсы.

Связи и взаимодействие с другими стратегиями, планами и программами

61. Настоящая глобальная стратегия опирается на такие региональные инициативы, как Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ (резолюция EUR/RC55/R1), Региональная стратегия по сокращению связанного с алкоголем вреда в Регионе Западной части Тихого океана (резолюция WPR/RC57.R5), Борьба с употреблением алкоголя - варианты политики в Регионе стран Юго-Восточной Азии (резолюция SEA/RC59/R8), Проблемы общественного здравоохранения, связанные с употреблением алкоголя в Регионе стран Восточного Средиземноморья (резолюция EM/RC53/R.5), и действия по сокращению вредного употребления алкоголя в Африканском регионе (документ AFR/RC58/3).

62. Вредное употребление алкоголя является одним из четырех основных факторов риска, выделенных в плане действий по осуществлению глобальной стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными болезнями (резолюция WHA61.14). Стратегия сокращения вредного употребления алкоголя учитывает и увязывается с другими факторами риска, вызывающими неинфекционные заболевания, и программами по конкретным болезням, особенно в рамках глобальной стратегии по питанию, физической активности и здоровью (резолюция WHA57.17), борьбы против табака (резолюция WHA56.1), укрепления здоровья и здорового образа жизни (резолюция WHA57.16) и профилактики рака и борьбы с ним (резолюция WHA58.22).

63. Стратегия также предусматривает увязку и координацию с другими сходными направлениями деятельности ВОЗ, особенно с Программой действий по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья, включая профилактику самоубийств и ведение других нарушений, связанных с токсикоманией, а также с программной деятельностью в области

насилия и здоровья (резолюция WHA56.24), дорожной безопасности и здоровья (резолюция WHA57.10), здоровья и развития детей и подростков (резолюция WHA56.21) и репродуктивного здоровья (резолюция WHA57.12).

64. С появлением новых фактических данных больше внимания уделяется связям между вредным употреблением алкоголя и некоторыми инфекционными болезнями, а также между вредным употреблением алкоголя и развитием. Эта стратегия также увязывается с существующими программами ВОЗ по ВИЧ/СПИДу и туберкулезу и с ее работой по уменьшению несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья (резолюция WHA62.14) и с работой ВОЗ по достижению связанных со здоровьем целей, в том числе целей в области развития, содержащихся в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций (резолюция WHA58.30).

65. Осуществление глобальной стратегии по сокращению вредного употребления алкоголя обеспечивает поддержку региональным бюро ВОЗ в формулировании, пересмотре и реализации политики, рассчитанной на конкретные регионы, и, совместно со страновыми бюро, обеспечивает техническую поддержку государствам-членам. Будет также сделан упор на координацию внутри Секретариата, с тем чтобы все мероприятия, имеющие отношение к вредному употреблению алкоголя, соответствовали этой стратегии.

Мониторинг прогресса и механизмы отчетности

66. В целях мониторинга прогресса стратегия обязывает использовать на различных уровнях соответствующие механизмы по оценке, представлению отчетности и пересмотру программ. Для оценки решения задач стратегии необходим механизм, ориентированный на оказываемое воздействие.

67. Важными элементами механизмов отчетности и мониторинга являются реализованные ВОЗ Глобальное обследование по алкоголю и здоровью и Глобальная информационная система по алкоголю и здоровью. Инструменты по сбору данных для этой информационной системы будут скорректированы таким образом, чтобы включить соответствующую отчетность о процессе и итогах осуществления стратегии на национальном уровне.

68. Регулярные совещания глобальных и региональных сетей в составе национальных партнеров обеспечивают механизм для технического обсуждения осуществления глобальной стратегии на различных уровнях. Помимо оценки этого процесса, указанные совещания могли бы включать подробное обсуждение приоритетных областей и тем, относящихся к осуществлению.

69. Государства-члены будут получать информацию об осуществлении глобальной стратегии в форме регулярных докладов, представляемых региональным комитетам и Ассамблее здравоохранения ВОЗ. Информацию об осуществлении и прогрессе также следует представлять на региональных или международных форумах и на соответствующих межправительственных совещаниях.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Свод рекомендаций по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков детям¹

[A63/12 – 1 апреля 2010 г.]

1. Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в резолюции WHA60.23 "Профилактика неинфекционных болезней и борьба с ними: осуществление глобальной стратегии" предложила Генеральному директору "...содействовать практике ответственного маркетинга, включая разработку международного свода правил по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков детям, для снижения воздействия пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли, взаимодействуя со всеми соответствующими заинтересованными сторонами, в том числе в частном секторе, и обеспечивая предотвращение потенциального конфликта интересов".
2. Шестидесят первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в резолюции WHA61.14 одобрила план действий по осуществлению глобальной стратегии профилактики неинфекционных болезней и борьбы с ними. План действий содержит настоятельный призыв к государствам-членам продолжать осуществлять мероприятия, согласованные Ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA60.23. В связи с задачей 3 (пункт 24 *Содействие здоровому питанию, (e)*) планом действий предусмотрено в качестве важного действия, предлагаемого для государств-членов, "разработать и внедрить надлежащим образом вместе со всеми соответствующими участниками рамки и/или механизмы содействия ответственному маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков для детей, чтобы сократить воздействие продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли".
3. Исполняя это поручение, в ноябре 2008 г. Генеральный директор назначила членов специальной группы экспертов, чтобы представить ей технические рекомендации по соответствующим задачам политики, вариантам политики и механизмам мониторинга и оценки политики. Группе был передан обновленный систематический обзор, подтвердивший ранее полученные выводы о том, что во всем мире ведется широкий маркетинг детям пищевых продуктов с высоким содержанием жиров, сахара или соли.
4. Проведены два совещания с представителями международных неправительственных организаций, мировой пищевой промышленности и индустрии безалкогольных напитков, а также рекламного сектора с целью определить инициативы и процессы в сфере политики, а также инструменты мониторинга и оценки маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков детям.
5. Секретариат последовал рекомендациям группы экспертов и пожеланиям совещаний заинтересованных сторон подготовить рабочий документ с изложением основ проведения региональных консультаций с государствами-членами. В ходе этих консультаций государства-члены высказали мнение о целях политики, вариантах политики и механизмах мониторинга и оценки, изложенных в рабочем документе. К сентябрю 2009 г. 66 государств-членов сообщили

¹ See resolution WHA63.14; see Annex 9 for the financial and administrative implications for the Secretariat of this resolution.

о своей реакции на консультации. Дополнительные отзывы по рабочему документу поступили от двух последующих совещаний заинтересованных сторон с участием представителей международных неправительственных организаций, глобальной индустрии пищевых продуктов и безалкогольных напитков и рекламного сектора.

6. Из консультаций ясно следовало, что государства-члены рассматривают маркетинг пищевых продуктов и безалкогольных напитков детям в качестве международной проблемы, и что существует потребность обеспечить, чтобы частный сектор осуществлял маркетинг своих продуктов ответственно. Консультации также показали, что меры политики, принятые в настоящее время в государствах-членах, существенно варьируются по их целям и содержанию, подходам, методам мониторинга и оценки и способам вовлечения заинтересованных сторон. Подходы варьируются между установленными законом запретами на телерекламу для детей оговоренных продуктов и добровольными кодексами некоторых секторов пищевой и рекламной индустрий. Несколько государств-членов сообщили, что им потребуется дополнительная поддержка со стороны Секретариата в области разработки, мониторинга и оценки политики.

7. Пятнадцать государств-членов выразили обеспокоенность по поводу трансграничного маркетинга. Многие страны, в том числе страны, установившие ограничения, подвергаются маркетингу пищевых продуктов на своей территории из-за рубежа, и государства-члены указали на необходимость обратить внимание на глобальный характер многих методов маркетинга.

8. Десять государств-членов обеспокоены маркетингом пищевых продуктов и безалкогольных напитков детям в школах и дошкольных учреждениях. В рекомендациях также было указано на необходимость обратить внимание на такие факторы, как особое положение школ, в которых дети являются аудиторией поневоле, и на роль, которую должны играть школы в укреплении здоровья.

9. Главная цель этих рекомендаций – направлять усилия государств-членов в разработке новых и/или укреплении существующих мер политики в отношении коммуникаций маркетинга пищевых продуктов детям, чтобы сократить воздействие на детей маркетинга пищевых продуктов с высоким содержанием жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли.

10. В настоящем Приложении рекомендации выделены **жирным шрифтом**; в тексте, который следует за рекомендациями, излагается контекст. Рекомендации даны в разбивке по следующим пяти разделам: обоснование; разработка политики; осуществление политики; мониторинг и оценка политики и исследования.

ФАКТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

11. Нездоровое питание является фактором риска возникновения неинфекционных болезней. Риски, являющиеся следствием нездорового питания, впервые проявляются в детстве и усиливаются на протяжении жизни. Чтобы сократить будущий риск неинфекционных болезней, детям следует поддерживать здоровый вес и потреблять пищевые продукты с низким содержанием жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров и соли. Нездоровому питанию сопутствуют избыточный вес и ожирение – состояния, которые за последние годы быстро нарастают среди детей во всем мире.

12. Данные, полученные в результате проведения систематических обследований масштабов, характера и последствий маркетинга пищевых продуктов детям, позволяют сделать вывод о

широком размахе рекламы и о том, что другие формы маркетинга¹ пищевых продуктов² детям получили широкое распространение во всем мире³. В большинстве случаев объектом этого маркетинга являются пищевые продукты с высоким содержанием жира, сахара или соли. Данные также свидетельствуют о том, что телереклама влияет на пищевые предпочтения детей, их просьбы о покупках и структуры потребления.

13. Как показывают систематические обзоры, хотя телевидение остается важным каналом, его постепенно дополняет все более многосторонний комплекс маркетинговых коммуникаций, ориентированных на формирование бренда и развитие отношений с потребителями. Этот широкий набор методов маркетинга включает рекламу, спонсорство, "продакт плейсмент", стимулирование продаж, комбинированное стимулирование сбыта с участием знаменитостей, брендовые фигурки или персонажи, пользующиеся популярностью у детей, веб-сайты, упаковку, маркировку и экспозиции в местах продажи, электронную почту и текстовые сообщения, филантропическую деятельность в связи с возможностями для развития бренда, и коммуникацию с помощью вирусного "маркетинга" и устной рекламы. Маркетинг пищевых продуктов детям является сегодня мировым явлением и отличается плюралистичностью и интегрированностью, используя множественные обращения, распространяемые по многочисленным каналам.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Обоснование

14. Из обзоров фактов следуют ясные доводы в пользу действий, которые следует предпринять государствам-членам в этой области. В процессе консультаций по выработке настоящих рекомендаций различные государства-члены также констатировали необходимость создания надлежащих механизмов политики. Рекомендации подкрепляют резолюции Ассамблеи здравоохранения WHA60.23 и WHA61.14 о профилактике инфекционных болезней и борьбе с ними и служат весомым обоснованием для разработки политики государствами-членами.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 1. Цель политики должна заключаться в сокращении воздействия на детей маркетинга продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли.

¹ Под "маркетингом" подразумевается любая форма коммерческой коммуникации или сообщения, которые имеют целью или следствием повышение узнаваемости, привлекательности и/или потребления конкретных продуктов и услуг. Он включает все, что способствует рекламе того или иного продукта или услуги или их продвижению в ином отношении.

² Далее термин "пищевые продукты" используется для обозначения пищевых продуктов и безалкогольных напитков.

³ Hastings G et al. *Review of the research on the effects of food promotion to children*. Glasgow, University of Strathclyde, Centre for Social Marketing; 2003 (<http://www.food.gov.uk/news/newsarchive/2003/sep/promote>); Hastings G et al. *The extent, nature and effects of food promotion to children: a review of the evidence*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 г. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595247_eng.pdf); McGinnis JM, Gootman JA, Kraak VI, eds. *Food marketing to children and youth: threat or opportunity?* Washington DC, Institute of Medicine, National Academies Press, 2006 (http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11514#toc); and Cairns G, Angus K, Hastings G. *The extent, nature and effects of food promotion to children: a review of the evidence to December 2008*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г. (http://www.who.int/dietphysicalactivity/Evidence_Update_2009.pdf).

15. Эффективность маркетинговых коммуникаций зависит от двух элементов: среды, в которой появляется коммуникативное сообщение, и его креативного содержания. Первый элемент касается охвата, частоты и последствий сообщения, влияя, таким образом, на *воздействие* маркетингового сообщения на детей. Второй элемент относится к содержанию, оформлению и реализации маркетингового сообщения, оказывая влияние на *действенность* маркетинговой коммуникации. Таким образом, эффективность маркетинга можно охарактеризовать как функцию и *воздействия*, и *действенности*.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 2. В связи с тем, что эффективность маркетинга зависит от воздействия и действенности, общая задача политики должна заключаться в сокращении как воздействия на детей, так и действенности маркетинга пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли.

РАЗРАБОТКА ПОЛИТИКИ

16. Государства-члены могут применять различные подходы для достижения цели и задачи политики в зависимости от национальных условий и имеющихся ресурсов. Государства-члены могут избрать *комплексный подход* к ограничению любого маркетинга детям пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли, который полностью устраняет воздействие и, таким образом, и действенность этого маркетинга. В качестве альтернативы государства-члены могут начать либо с принятия раздельных мер в отношении воздействия или действенности, либо с одновременного воздействия на аспекты и того и другого в рамках *поэтапного подхода*.

17. Различные подходы в вопросах политики обладают различным потенциалом достижения цели политики, состоящей в сокращении последствий для детей маркетинга пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли. Комплексный подход открывает наибольшие возможности для достижения желаемого эффекта.

18. Занимаясь воздействием, следует учитывать, когда, где, кому и в отношении каких продуктов будет или не будет разрешен маркетинг. В вопросе *действенности* следует рассмотреть возможность ограничения использования особо действенных методов маркетинга. В случае избрания, например поэтапного подхода, следует обратить внимание на маркетинг, оказывающий на детей наибольшее воздействие, и на самые действенные маркетинговые сообщения.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3. Для достижения цели и задачи политики государствам-членам следует рассмотреть различные подходы, то есть поэтапный или комплексный, чтобы сократить маркетинг детям пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли.

19. Эффективное осуществление зависит от наличия ясных определений элементов политики. Эти определения будут обуславливать возможность политики сократить воздействие и/или действенность и, таким, образом, последствия. К числу важных определений относятся возрастная группа, на которую должно распространяться действие ограничений, каналы коммуникации, условия и методы маркетинга, подлежащего охвату, что представляет собой маркетинг детям в соответствии с такими факторами, как продукт, время,

зрительская аудитория, размещение и содержание рекламного сообщения, а также перечень пищевых продуктов, которые должны быть охвачены ограничениями на маркетинг¹.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 4. Правительствам следует принять ясные определения основных элементов политики, что обеспечивает, таким образом, условия для стандартного процесса реализации. Установление ясных определений облегчит единообразную реализацию независимо от учреждения-исполнителя. Принимая основные определения, государства-члены должны выявить и обратить внимание на любые конкретные национальные проблемы, чтобы получить максимальный эффект от политики.

20. Школы, учреждения по уходу за детьми и другие учебные заведения являются привилегированными учреждениями, выступающими в качестве родителей, и в них ничего не должно происходить в ущерб благополучию детей. Таким образом, пищевое благополучие детей в школах должно иметь первостепенное значение и являться основой благополучия детей в этот период их развития. Это также соответствует рекомендации Глобальной стратегии по питанию, физической активности и здоровью, призывающей правительства принять меры политики в поддержку здорового питания в школах.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 5. В местах, где собираются дети, не должен осуществляться ни в каких формах маркетинг пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли. Неисчерпывающий перечень таких мест включает ясли, школы, школьные площадки и дошкольные центры, игровые площадки, семейные и детские клиники и педиатрические службы, а также проводимые там спортивные и культурные мероприятия.

21. Политика в отношении маркетинга пищевых продуктов детям затрагивает широкий круг заинтересованных сторон и охватывает несколько секторов политики. Правительства обладают наилучшими возможностями для того, чтобы определить направление и общую стратегию достижения целей общественного здравоохранения в отношении всего населения. При взаимодействии правительств с другими заинтересованными сторонами следует позаботиться о том, чтобы защитить общественные интересы и избежать конфликта интересов. Независимо от избранных основ политики следует обеспечить широкое информирование о политике всех заинтересованных групп, включая частный сектор, гражданское общество, неправительственные организации, СМИ, академических исследователей, родителей и более широкую общину.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 6. Правительства должны являться главными субъектами разработки политики и руководить через какой-либо форум с участием многочисленных заинтересованных сторон осуществлением, мониторингом и оценкой. Формулируя основы национальной политики, правительства могут принять решение о распределении исполнения оговоренных ролей между другими заинтересованными сторонами, защищая при этом общественные интересы и избегая конфликта интересов.

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПОЛИТИКИ

22. Сформулированная политика может проводиться с помощью разнообразных подходов. Один из подходов состоит в установленном законом регламентировании, в результате которого

¹ Государства-члены могут различать виды пищевых продуктов несколькими способами, например используя национальные диетические рекомендации, определения научных учреждений или модели состава нутриентов, или же они могут установить ограничения на маркетинг по конкретным категориями пищевых продуктов.

осуществление и соблюдение являются юридическим требованием. Другой подход сводится к управляемому индустрией саморегулированию с охватом целых секторов индустрии, например сектора рекламы, и может осуществляться независимо от государственного регулирования. Этот подход также может быть предписан правительством в какой-либо форме, например путем установления целевых ориентиров и мониторинга осуществления с помощью ключевых показателей. Другие подходы включают различные механизмы параллельного регулирования, в том числе законодательно установленные механизмы, саморегулирование и/или добровольные инициативы индустрии, которые либо осуществляются в рамках какого-либо распоряжения правительства, либо не имеют такой официальной привязки. Правительства или уполномоченные органы также могут устанавливать или осуществлять руководящие принципы.

23. Государства-члены, вводящие ограничения на все или некоторые аспекты маркетинга детям пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли, должны обеспечить, чтобы ограничения на национальном уровне распространялись также на маркетинг, исходящий с их территории и достигающий другие страны (исходящий). Во многих странах последствия маркетинга, исходящего из других стран (входящий), могут быть столь же значительными, что и последствия маркетинга национального происхождения. Действуя в таких ситуациях на национальном уровне, необходимо будет принимать во внимание не только маркетинг национального происхождения, но и маркетинг, достигающий страну из-за рубежа, учитывая международные обязательства соответствующих государств-членов. В этих ситуациях эффективное международное сотрудничество имеет важное значение для обеспечения существенного эффекта от национальных действий.

24. Независимо от любых других принимаемых мер по осуществлению национальной политики следует побуждать заинтересованные стороны частного сектора придерживаться методов маркетинга, отвечающих цели и задаче политики, которые изложены в настоящих рекомендациях, и применять их на глобальном уровне, чтобы обеспечить равно внимательное отношение к детям повсюду и избежать срыва усилий по ограничению маркетинга в странах, являющихся объектами маркетинга пищевых продуктов из-за рубежа.

25. Гражданское общество, неправительственные организации и академические исследователи обладают возможностью внести вклад в проведение политики, укрепляя потенциал, ведя информационно-пропагандистскую работу и применяя технические знания и опыт.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 7. С учетом ресурсов, положительного эффекта и бремени всех причастных заинтересованных сторон государствам-членам следует рассмотреть вопрос о наиболее эффективном подходе к сокращению маркетинга детям пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли. Любой избранный подход следует оформить в рамках какого-либо общего механизма, созданного для достижения цели политики.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 8. Государствам-членам следует сотрудничать в развертывании средств, необходимых для сокращения последствий трансграничного маркетинга детям (привходящего и исходящего) пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли, чтобы достичь максимально возможного эффекта от любой национальной политики.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 9. В основах политики следует оговорить принудительные механизмы и учредить системы их реализации. В этой связи указанные основы должны включать ясные определения санкций и могли бы включать систему представления жалоб.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ПОЛИТИКИ

26. Мониторинг представляет собой систему сбора и документирования информации о том, обеспечивает ли проводимая политика достижение ее задач. Оценка столь же важна, поскольку измеряет эффект от достижения целей и задач политики. Мониторинг и оценка могут потребовать различных подходов, чтобы обеспечить эффективность и избежать конфликта интересов.

27. Основы политики должны содержать набор основных показателей по процессам и результатам, ясно определять роли и распределять ответственность за деятельность и механизмы в области мониторинга и оценки между сторонами, не имеющими конфликта интересов. Показатели должны быть конкретными, количественными и поддаваться измерению с помощью обоснованных и надежных инструментов.

28. В процессе мониторинга политики следует использовать соответствующие показатели, позволяющие измерять воздействие политики на поставленную перед ней цель (т.е. сокращение воздействия и действенности).

29. В качестве примера того, как оценить сокращение воздействия, можно привести измерение количества адресованных детям маркетинговых коммуникаций о пищевых продуктах с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли или расходы на эти коммуникации. Это можно сделать, измеряя количество адресованных детям роликов о пищевых продуктах с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли, которые показывает телевидение в течение 24 часов.

30. В качестве примера того, как оценить сокращение действенности, можно привести измерение распространенности использования оговоренных методов. Это можно сделать, измеряя количество показов по телевидению в течение 24 часов рекламных роликов для детей о пищевых продуктах с высоким содержанием жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли, в которых фигурируют лицензированные персонажи или знаменитости или используются иные особо привлекательные для детей методы.

31. Получаемую в результате мониторинга информацию можно использовать: (i) в поддержку принудительных мер; (ii) для публичного документирования соблюдения установленных требований; (iii) чтобы направлять уточнение и совершенствование политики; и (iv) для содействия оценке политики.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 10. Все основы политики должны включать систему мониторинга для обеспечения следования целям национальной политики с использованием четко заданных показателей.

32. При оценке политики следует использовать конкретные показатели по оценке воздействия политики на общую цель (то есть сокращение действенности). С помощью показателей следует также оценивать, подвергаются ли дети прямому или косвенному воздействию маркетинговых сообщений, предназначенных для других аудиторий или средств информации.

33. В качестве примера того, как оценить сокращение *последствий*, можно привести измерение изменений продаж или доли рынка у пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли; а также измерение изменений в динамике потребления детей в ответ на проводимую политику.

34. В идеале при оценке следует использовать исходные данные в качестве базового уровня, осуществляя сбор таких данных в качестве первого шага к установлению реальных последствий политики.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 11. Основы политики также должны включать систему оценки последствий и эффективности политики применительно к общей цели с использованием четко заданных показателей.

ИССЛЕДОВАНИЯ

35. Как показывают глобальные обзоры, большинство имеющихся фактических данных до сих пор поступает из стран с высоким уровнем доходов. Многие государства-члены не располагают национальными данными и не ведут научных исследований, позволяющих им определить масштабы, характер и последствия маркетинга пищевых продуктов детям. Результаты исследований такого рода могут дополнительно учитываться в процессе осуществления политики и обеспечения ее соблюдения в национальном контексте.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 12. Государствам-членам рекомендуется выявлять существующую информацию о масштабах, характере и последствиях маркетинга пищевых продуктах детям в своих странах. Им также рекомендуется поддерживать дальнейшие исследования в этой области, особенно исследования, нацеленные на осуществление и оценку мер политики по сокращению последствий для детей маркетинга пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения¹

Государства - члены Всемирной организации здравоохранения:

напоминая резолюцию WHA57.19, в которой Всемирная ассамблея здравоохранения предложила Генеральному директору разработать добровольный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения в консультации со всеми необходимыми партнерами;

отвечая на призывы Кампальской декларации, принятой на Первом глобальном форуме по трудовым ресурсам для здравоохранения (Кампала, 2-7 марта 2008 г.) и коммюнике "Группы восьми" от 2008 г. и 2009 г., призывающие ВОЗ ускорить разработку и принятие кодекса практики;

осознавая глобальный дефицит кадров здравоохранения и признавая, что адекватные и доступные трудовые ресурсы здравоохранения имеют первостепенное значение для всеобъемлющей и эффективной системы здравоохранения и для предоставления услуг здравоохранения;

будучи глубоко обеспокоены тем, что серьезная нехватка персонала здравоохранения, которую испытывают многие государства-члены, включая высокообразованных и подготовленных работников здравоохранения, является серьезной угрозой для эффективного функционирования систем здравоохранения и подрывает способность этих стран достичь Целей тысячелетия в области развития и других целей развития, согласованных в международном масштабе;

подчеркивая, что Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения будет являться центральной составляющей двусторонних, национальных, региональных и глобальных ответных мер на проблемы, связанные с миграцией кадров здравоохранения и укреплением систем здравоохранения;

ПОЭТОМУ:

государства-члены настоящим выражают согласие в отношении нижеследующих статей, которые рекомендуются в качестве основы для действий.

¹ См. резолюцию WHA63.16.

Статья 1 – Цели

Цели настоящего Кодекса состоят в том, чтобы:

- (1) установить добровольные принципы, стандарты и методы международного найма персонала здравоохранения на этических принципах и содействовать их применению, учитывая права, обязанности и ожидания стран происхождения и стран назначения, а также мигрирующих кадров здравоохранения;
- (2) служить справочным документом в помощь государствам-членам в процессе создания или совершенствования правовых и институциональных основ, необходимых для международного найма персонала здравоохранения;
- (3) служить руководством, которое может использоваться в соответствующих случаях при составлении и осуществлении двусторонних соглашений и других международных правовых документов;
- (4) облегчать и поддерживать международное обсуждение и развивать сотрудничество по вопросам международного найма персонала здравоохранения в соответствии с этическими принципами в процессе укрепления систем здравоохранения, уделяя особое внимание положению развивающихся стран.

Статья 2 - Характер и сфера применения

2.1 Кодекс носит добровольный характер. Государства-члены и другие заинтересованные стороны настоятельно призываются соблюдать настоящий Кодекс.

2.2 Кодекс имеет глобальную сферу применения и предназначен служить руководством для государств-членов, работающих в сотрудничестве с заинтересованными участниками, такими как работники здравоохранения, агенты по найму, работодатели, профессиональные организации в области здравоохранения, соответствующие субрегиональные, региональные и глобальные организации, как в государственном, так и в частном секторе, включая неправительственные организации, а также со всеми лицами, занимающимися вопросами международного найма персонала здравоохранения.

2.3 Кодекс содержит этические принципы, применимые к международному найму персонала здравоохранения, в порядке, способствующем укреплению систем здравоохранения развивающихся стран, стран с переходной экономикой и небольших островных государств.

Статья 3 - Руководящие принципы

3.1 Здоровье всех людей является важнейшим условием достижения мира и безопасности, и оно зависит от всестороннего сотрудничества отдельных лиц и государств. Правительства несут ответственность за здоровье своего населения, которое может быть достигнуто лишь посредством обеспечения надлежащих медико-санитарных и социальных мер. Государствам-членам следует принимать во внимание Кодекс при разработке своей национальной политики в области здравоохранения и при осуществлении сотрудничества между странами, в соответствующих случаях.

3.2 Решение проблемы существующей и ожидаемой нехватки кадров здравоохранения имеет решающее значение для охраны здоровья всего человечества. Международная миграция работников здравоохранения может внести ощутимый вклад в развитие и укрепление систем

здравоохранения при правильном подходе к найму. Однако желательно разработать добровольные международные принципы и координировать национальные меры политики в отношении международного найма работников здравоохранения, чтобы продвигать механизмы укрепления систем здравоохранения на справедливой основе во всех странах, ослабить отрицательные последствия миграции работников здравоохранения для систем здравоохранения в развивающихся странах, а также защитить права работников здравоохранения.

3.3 Следует принимать во внимание особые потребности и особые обстоятельства, в частности развивающихся стран и стран с переходной экономикой, являющихся особо уязвимыми к дефициту кадров здравоохранения и/или обладающих ограниченной возможностью выполнять рекомендации настоящего Кодекса. Развитые страны должны, по возможности, оказывать техническую и финансовую помощь развивающимся странам и странам с переходной экономикой, направленную на укрепление их систем здравоохранения, включая развитие кадров здравоохранения.

3.4 Чтобы ослабить отрицательные и максимизировать положительные последствия миграции работников здравоохранения для систем здравоохранения стран происхождения, государства-члены должны учитывать право на наивысший достижимый уровень здоровья населения стран происхождения, личные права работников здравоохранения покинуть любую страну в соответствии с применимыми законами. Вместе с тем, ничто в настоящем Кодексе не должно истолковываться как посягательство на права работников здравоохранения с учетом соблюдения применимых законов, мигрировать в страны, желающие их принять и дать им работу.

3.5 Международный найм персонала здравоохранения должен проводиться в соответствии с принципами транспарентности, справедливости и содействия устойчивости систем здравоохранения в развивающихся странах. Государствам-членам следует, в соответствии с национальным законодательством и применимыми международно-правовыми актами, участниками которых они являются, содействовать утверждению и соблюдению справедливой практики найма на работу в отношении всех работников здравоохранения. Все аспекты найма и условий труда работников здравоохранения-мигрантов должны строиться без какой-либо незаконной дискриминации любого рода.

3.6 Государства-члены должны стремиться, насколько это возможно, к созданию стабильных кадровых ресурсов здравоохранения и к осуществлению эффективных мер в области планирования, обучения и подготовки, а также к созданию стратегии удержания кадров здравоохранения, что приведет к сокращению их потребности в найме работников здравоохранения-мигрантов. Политика и меры в области укрепления кадровых ресурсов здравоохранения должны соответствовать конкретным условиям каждой страны и являться составной частью национальных программ развития.

3.7 Важное значение для достижения целей настоящего Кодекса имеет эффективный сбор национальных и международных данных, научные исследования и обмен информацией по вопросам международного найма работников здравоохранения.

3.8 Государства-члены должны способствовать циркулярной миграции работников здравоохранения для достижения необходимого уровня навыков и знаний на благо как стран происхождения, так и стран назначения.

Статья 4 - Обязанности, права и порядок найма

4.1 Работники здравоохранения, медицинские профессиональные организации, профессиональные советы и агенты по найму должны стремиться к всестороннему сотрудничеству с регулируемыми учреждениями, национальными и местными органами в интересах пациентов, систем здравоохранения и общества в целом.

4.2 Агентам по найму и работодателями следует, по мере возможности, быть осведомленными об особой правовой ответственности работников здравоохранения перед системой здравоохранения их собственной страны, например о справедливом и обоснованном рабочем контракте, учитывать это обстоятельство и стараться не нанимать их. Персоналу здравоохранения следует вести себя открытым и транспарентным образом в отношении каких-либо имеющихся у них контрактных обязательств.

4.3 Государствам-членам и другим заинтересованным сторонам следует понимать, что международный найм в соответствии с этическими принципами дает возможность работникам здравоохранения взвесить преимущества и риски, связанные с предлагаемыми позициями и принять своевременное и осознанное решение.

4.4 Государствам-членам следует, по мере возможности, в соответствии с применимыми законами, обеспечить, чтобы агенты по найму и работодатели применяли справедливые и беспристрастные методы найма и заключения контрактов в процессе привлечения работников здравоохранения-мигрантов, и чтобы работники здравоохранения-мигранты не подвергались незаконным или мошенническим действиям. Работников здравоохранения-мигрантов следует нанимать, продвигать по службе и оплачивать их труд, исходя из таких объективных критериев, как уровень квалификации, продолжительность трудового стажа и степень профессиональной ответственности, на равных правах с кадрами здравоохранения, подготовленными внутри страны. Агенты по найму и работодатели должны сообщать работникам здравоохранения-мигрантам актуальную и достоверную информацию обо всех позициях работника здравоохранения, которые им предлагаются.

4.5 Государствам-членам следует обеспечить, чтобы с учетом соблюдения применимых законов, включая соответствующие международные соглашения, участниками которых они являются, по всем условиям найма и условиям труда работники здравоохранения-мигранты пользовались теми же юридическими правами и обязанностями, что и кадры здравоохранения, подготовленные внутри страны.

4.6 Государствам-членам и другим заинтересованным участникам необходимо принять меры по обеспечению того, чтобы работники здравоохранения-мигранты пользовались возможностями и стимулами для повышения своего профессионального образования, квалификации и карьерного роста на равных правах с кадрами здравоохранения, подготовленными внутри страны, с учетом соблюдения применимых законов. Всем работникам здравоохранения-мигрантам должны обеспечиваться надлежащие программы вводного инструктажа и ознакомления, позволяющие им безопасно и эффективно функционировать в рамках системы здравоохранения страны назначения.

4.7 Агентам по найму и работодателям следует понимать, что настоящий Кодекс равным образом применим к тем, кто нанимается на работу на временной или на постоянной основе.

Статья 5 - Подготовка кадров здравоохранения и стабильность систем здравоохранения

5.1 В соответствии с руководящим принципом, сформулированным в Статье 3 настоящего Кодекса, системы здравоохранения как стран происхождения, так и стран назначения должны

получать выгоду от международной миграции кадров здравоохранения. Странам назначения предлагается сотрудничать со странами происхождения в целях поддержания и развития программ подготовки и обучения кадровых ресурсов здравоохранения, при необходимости. Государствам-членам следует рекомендовать не прибегать к практике активного найма на работу персонала здравоохранения из развивающихся стран, которые испытывают серьезную нехватку работников здравоохранения.

5.2 Государства-члены должны использовать данный Кодекс в качестве руководства при заключении двусторонних и/или региональных, и/или многосторонних соглашений, чтобы способствовать развитию международного сотрудничества и координации в отношении международного найма работников здравоохранения. Подобные соглашения должны учитывать потребности развивающихся стран и стран с переходной экономикой в результате принятия надлежащих мер. Такие меры могут предусматривать оказание эффективной и надлежащей технической помощи, содействие в удержании кадров здравоохранения, социальное и профессиональное признание кадров здравоохранения, поддержку программ обучения в странах происхождения с учетом структуры заболеваемости в этих странах, формирование двусторонних связей между учреждениями здравоохранения, поддержку в наращивании потенциала по развитию необходимых регуляторных структур, обеспечение доступа к специализированной подготовке кадров, передачу технологий и навыков и поддержку временной или постоянной обратной миграции.

5.3 Государствам-членам следует признавать ценность профессиональных обменов между странами и возможностей работать и учиться за рубежом как для их систем здравоохранения, так и для самих работников здравоохранения. Государствам-членам, являющимся как странами происхождения, так и странами назначения, следует побуждать работников здравоохранения и оказывать им поддержку в том, чтобы они использовали опыт работы за рубежом на благо своего отечества.

5.4 Учитывая, что кадры здравоохранения занимают центральное место в устойчивых системах здравоохранения, государствам-членам следует принять эффективные меры по подготовке, удержанию и сохранению на необходимом уровне кадровых ресурсов здравоохранения, отвечающих особым условиям каждой страны, в том числе в областях, где ощущается наибольшая потребность, опираясь при этом на планы развития кадров здравоохранения на основе фактических данных. Всем государствам-членам следует стремиться, насколько это возможно, удовлетворять свои кадровые потребности в здравоохранении за счет своих собственных людских ресурсов.

5.5 Государствам-членам следует рассмотреть возможность укрепления учебных заведений с целью расширения подготовки кадров здравоохранения и разработки новаторских учебных программ, учитывающих текущие медико-санитарные нужды. Государствам-членам следует принять меры, чтобы необходимой подготовкой кадров занимались как государственный, так и частный секторы.

5.6 Для того чтобы подготовить и сохранить стабильные кадровые ресурсы здравоохранения, соответствующие медико-санитарным потребностям населения страны, государствам-членам следует рассмотреть вопрос о принятии и введении эффективных мер, направленных на укрепление систем здравоохранения, постоянный мониторинг рынка труда в здравоохранении и координацию действий всех заинтересованных сторон. Государствам-членам следует использовать многосекторальный подход в решении этих вопросов в рамках национальных программ здравоохранения и политики в области развития.

5.7 Государствам-членам следует рассмотреть вопрос о принятии мер против неравномерного географического распределения кадров здравоохранения и о поддержке мер удержания кадров в тех районах, где их не хватает, например с помощью образовательных

программ, финансовых стимулов, мер регулирования, а также социальной и профессиональной поддержки.

Статья 6 - Сбор данных и научные исследования

6.1 Государствам-членам следует признать, что для разработки эффективных мер политики и планов в отношении кадров здравоохранения требуется прочная база фактических данных.

6.2 Принимая во внимание особенности национальных систем здравоохранения, государствам-членам предлагается учредить или усилить и поддерживать, в соответствующих случаях, системы информации в отношении кадров здравоохранения, включая миграцию работников здравоохранения и ее последствия для систем здравоохранения. Государствам-членам предлагается собирать и анализировать данные и претворять их в эффективные политику и планирование в отношении людских ресурсов в области здравоохранения.

6.3 Государствам-членам предлагается учредить или усилить программы исследований в области миграции работников здравоохранения и координировать такие программы исследований в рамках партнерств на национальном, субнациональном, региональном и международном уровнях.

6.4 ВОЗ, в сотрудничестве с соответствующими международными организациями и государствами-членами, предлагается обеспечить, насколько это возможно, получение и сбор сопоставимых и надежных данных, в соответствии с пунктами 6.2 и 6.3, в целях постоянного мониторинга, анализа и формулирования политики.

Статья 7 - Обмен информацией

7.1 Государствам-членам предлагается, в соответствующих случаях и при условии соблюдения национального законодательства, содействовать налаживанию или укреплению обмена информацией на национальном и международном уровнях о международной миграции работников здравоохранения и о системах здравоохранения с использованием государственных учреждений, академических и исследовательских учреждений, профессиональных организаций в области здравоохранения и правительственных или неправительственных субрегиональных, региональных и международных организаций.

7.2 Для содействия и облегчения обмена информацией, имеющей отношение к настоящему Кодексу, каждому государству-члену, в пределах возможного, следует:

- (a) постепенно создавать и поддерживать обновляемую базу данных о законах и нормативных положениях, имеющих отношение к найму и миграции персонала здравоохранения и, в соответствующих случаях, об их осуществлении;
- (b) постепенно создавать и поддерживать обновляемые данные, получаемые из систем информации в отношении кадров здравоохранения, в соответствии со Статьей 6.2; и
- (c) представлять Секретариату ВОЗ один раз в три года данные, собираемые в соответствии с подпунктами (a) и (b), начиная с доклада с исходными данными, представляемого в течение двух лет после принятия Кодекса Ассамблеей здравоохранения.

7.3 Для целей международной коммуникации каждому государству-члену следует соответствующим образом назначить какой-либо национальный орган, отвечающий за обмен

информацией о миграции работников здравоохранения и выполнении Кодекса. Государства-члены, назначающие такой орган, должны проинформировать ВОЗ. Назначенный национальный орган должен быть уполномочен обмениваться информацией напрямую или, в соответствии с национальным законодательством или нормативными положениями, с назначенными национальными органами других государств-членов и с Секретариатом ВОЗ и другими заинтересованными региональными и международными организациями и представлять Секретариату ВОЗ отчеты и иную информацию в соответствии с подпунктом 7.2(с) и Статьей 9.1.

7.4 ВОЗ следует создать, поддерживать и опубликовать реестр национальных органов, назначенных в соответствии с пунктом 7.3 выше.

Статья 8 - Осуществление Кодекса

8.1 Государствам-членам предлагается опубликовать Кодекс и претворять его в жизнь в сотрудничестве со всеми заинтересованными сторонами, оговоренными в Статье 2.2, в соответствии с национальной и субнациональной ответственностью.

8.2 Государствам-членам предлагается включить Кодекс в соответствующие законы и политику.

8.3 Государствам-членам предлагается консультироваться соответствующим образом со всеми заинтересованными сторонами, оговоренными в Статье 2.2, в процессе принятия решений и привлекать их к другим видам деятельности, имеющим отношение к международному найму работников здравоохранения.

8.4 Все заинтересованные стороны, упомянутые в Статье 2.2, должны прилагать усилия в работе на индивидуальной и коллективной основе для обеспечения достижения целей настоящего Кодекса. Всем заинтересованным сторонам следует соблюдать этот Кодекс независимо от способностей других соблюдать Кодекс. Агентам по найму и работодателям следует осуществлять всестороннее сотрудничество в соблюдении Кодекса и содействовать утверждению сформулированных в Кодексе руководящих принципов независимо от способности того или иного государства-члена соблюдать Кодекс.

8.5 Государствам-членам следует, по мере возможности и в соответствии с юридической ответственностью, в работе с соответствующими заинтересованными сторонами вести регулярно обновляемый реестр всех агентов по найму, уполномоченных компетентными органами заниматься деятельностью в пределах их юрисдикции.

8.6 Государствам-членам следует, по возможности, оказывать поддержку и содействие использованию передовых методов среди агентств по найму, прибегая к услугам лишь тех агентств, которые соблюдают руководящие принципы Кодекса.

8.7 Государствам-членам предлагается фиксировать и оценивать масштабы активного международного найма работников здравоохранения из стран, испытывающих серьезный дефицит кадров здравоохранения, и оценивать размеры и воздействие циркулярной миграции.

Статья 9 - Мониторинг и институциональные механизмы

9.1 Государствам-членам следует периодически сообщать о принятых мерах, достигнутых результатах, возникших трудностях и извлеченных уроках в отдельном отчете, в соответствии с положениями Статьи 7.2(с).

9.2 Генеральный директор следит за выполнением этого Кодекса по периодическим отчетам, поступающим от назначенных национальных органов, в соответствии со статьями 7.3 и 9.1, и из других компетентных источников, и представляет периодические доклады Всемирной ассамблее здравоохранения об эффективности Кодекса в деле достижения провозглашенных целей и о предложениях по его совершенствованию. Эти доклады представляются в соответствии со Статьей 7.2(с).

9.3 Генеральному директору следует:

- (a) оказывать поддержку системе обмена информацией и сети назначенных национальных органов, указанных в Статье 7;
- (b) разработать руководящие принципы и рекомендации по методам и процедурам и таким совместным программам и мероприятиям, которые указаны в Кодексе; и
- (c) поддерживать связь с Организацией Объединенных Наций, Международной организацией труда, Международной организацией по миграции и с другими компетентными региональными и международными организациями, а также заинтересованными неправительственными организациями в целях поддержки исполнения Кодекса.

9.4 Секретариат ВОЗ может рассматривать отчеты от заинтересованных сторон, оговоренных в Статье 2.2, о деятельности, связанной с исполнением Кодекса.

9.5 Всемирной ассамблее здравоохранения следует периодически проводить обзор актуальности и действенности Кодекса. Текст Кодекса следует считать находящимся в развитии и приводимым в соответствие с текущими требованиями.

Статья 10 - Партнерства, техническое сотрудничество и финансовая поддержка

10.1 Государствам-членам и другим заинтересованным сторонам следует осуществлять сотрудничество напрямую или через компетентные международные органы для укрепления своего потенциала в области реализации целей Кодекса.

10.2 Международным организациям, международным донорским учреждениям, финансовым учреждениям и учреждениям развития и другим соответствующим организациям предлагается оказывать свою техническую и финансовую поддержку для содействия осуществлению настоящего Кодекса и поддерживать укрепление систем здравоохранения в развивающихся странах и в странах с переходной экономикой, которые испытывают серьезный дефицит кадров здравоохранения и/или обладают ограниченными возможностями для реализации целей настоящего Кодекса. Подобным организациям и другим структурам следует предлагать сотрудничать со странами, испытывающими острый дефицит кадров здравоохранения, и делать все необходимое, чтобы средства, выделяемые на мероприятия по конкретным заболеваниям, использовались для укрепления потенциала систем здравоохранения, включая развитие кадров здравоохранения.

10.3 Государствам-членам, действующим либо самостоятельно, либо в рамках их участия в национальных и региональных организациях, донорских организациях и других соответствующих органах, необходимо предлагать оказывать техническую помощь и финансовую поддержку развивающимся странам или странам с переходной экономикой в целях укрепления потенциала систем здравоохранения, включая развитие кадров здравоохранения в этих странах.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Вмешательства по профилактике и лечению врожденных пороков¹

[A63/10 – 1 апреля 2010 г.]

Предконцепционная помощь	Помощь во время беременности	Помощь новорожденным и детям более старшего возраста
<p>Планирование семьи</p> <ul style="list-style-type: none"> Ознакомление женщин с принципом репродуктивного выбора Снижение общего числа детей, рождаемых с пороками развития Снижение доли матерей старших возрастных групп, что сокращает распространенность врожденных аутосомных трисомий, в частности синдрома Дауна Предоставление женщинам с больными детьми возможности в последующем больше не иметь детей <p>Предконцепционный скрининг и консультирование</p> <ul style="list-style-type: none"> Использование данных семейного анамнеза, собранных в рамках первичной медико-санитарной помощи, для выявления лиц, подверженных риску рождения детей с пороками развития Скрининг носителей на наиболее распространенные рецессивные аномалии (талассемия и серповидно-клеточные нарушения) <p>Оптимизация питания женщин в период перед началом и в течение всей беременности</p> <ul style="list-style-type: none"> Содействовать применению пищевой соли с добавлением йода в целях профилактики йододефицитных расстройств Содействовать мерам по обогащению основных продуктов питания фолиевой кислотой, а также применению дополнительных поливитаминов, содержащих фолиевую кислоту, в целях профилактики дефектов нервной трубки и других аномалий развития 	<p>Пренатальный скрининг по следующим аспектам:</p> <ul style="list-style-type: none"> Статус по резус-фактору Сифилис Выявление, с использованием данных семейного анамнеза, лиц с риском рождения детей с врожденными пороками Синдром Дауна: старший возраст матери; исследование сыворотки крови матери; раннее ультразвуковое сканирование Дефекты нервной трубки: исследование сыворотки крови матери Значительные аномалии развития: ультразвуковое сканирование на предмет выявления пороков развития плода (при сроке беременности 18 недель и более) Скрининг носителей на наиболее распространенные рецессивные аномалии (талассемия и серповидно-клеточные нарушения) <p>Пренатальная диагностика</p> <ul style="list-style-type: none"> Ультразвук Амниоцентез Анемия плода с внутриутробным переливанием крови <p>Пренатальное лечение плода</p> <ul style="list-style-type: none"> При сифилисе 	<p>Клиническое обследование новорожденных</p> <ul style="list-style-type: none"> Клиническое обследование всех новорожденных силами обученных сотрудников на предмет выявления врожденных пороков <p>Скрининг новорожденных</p> <ul style="list-style-type: none"> Врожденный гипотиреоз Фенилкетонурия Кистозный фиброз другие нарушения, в зависимости от потребностей и условий стран <p>Консервативное лечение</p> <p>Примеры:</p> <ul style="list-style-type: none"> Желтуха новорожденных вследствие дефицита глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы и при резус-несовместимости Лечение и уход за детьми с нарушениями системы крови, такими как серповидно-клеточные нарушения, талассемия и др. Лечение некоторых врожденных нарушений обмена веществ Оказание помощи детям с кистозным фиброзом <p>Хирургические методы</p> <p>Примеры – хирургическая коррекция следующих видов пороков:</p> <ul style="list-style-type: none"> простые формы врожденных пороков сердца расщелина губы и неба косолапость врожденные катаракты <p>Реабилитация и паллиативная</p>

¹ See resolution WHA63.17.

<ul style="list-style-type: none"> • Избегать употребления алкоголя, табака и кокаина • Обеспечивать полноценный общий рацион питания (белки, калории, железо) <p>Предупреждать и лечить инфекции, вызывающие пороки развития, перед началом и в течение всего периода беременности</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сифилис • Краснуха (67 стран не имеют национальных программ иммунизации против краснухи) <p>Совершенствовать методы предконцепционной охраны здоровья матерей и оказания лечебной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> • при инсулинозависимом диабете • женщинам, получающим лечение по поводу эпилепсии • женщинам, принимающим варфарин 	<ul style="list-style-type: none"> • Внутриматочная трансфузия при анемии плода при отрицательном резус-факторе 	<p>помощь</p> <p>По показаниям</p>
---	--	---

ПРИЛОЖЕНИЕ 7¹

Стратегия научных исследований в целях здравоохранения ВОЗ

[A63/22 – 25 марта 2010 г.]

КОНТЕКСТ И ОБОСНОВАНИЕ

Научные исследования, глобальное здравоохранение и ВОЗ

1. В настоящем проекте стратегии излагаются пути повышения участия ВОЗ в научных исследованиях в целях здравоохранения и вытекающей из этого роли научных исследований в ВОЗ. В нем констатируется, что исследования имеют ключевое значение для прогресса глобального здравоохранения, и показано, в каких формах может осуществляться работа Секретариата с государствами-членами и партнерами, чтобы использовать науку, технологии и более широкие знания в целях получения благодаря научным исследованиям фактических данных и инструментов для улучшения результатов для здоровья.
2. Во всех государствах-членах к научным исследованиям предъявляются возрастающие требования обеспечить возможности для решения текущих и возникающих проблем здравоохранения. Научные исследования являются непрямым условием решения приоритетных многообразных проблем общественного здравоохранения, будь то борьба с болезнями нищеты, реагирование на глобальный эпидемиологический переход к хроническим заболеваниям, обеспечение доступа матерей к безопасному родовспоможению или обеспечение готовности к глобальным угрозам для безопасности здравоохранения.
3. В условиях глобальной конкуренции между потребностями в ограниченных ресурсах особенно важно, чтобы меры политики и методы в области здравоохранения опирались на наилучшие научные данные. Кардинальное значение научных исследований для ВОЗ определено в Статье 2 Устава Всемирной организации здравоохранения; кроме того, в Одиннадцатой общей программе работы на 2006-2015 гг. использование знаний, науки и технологий выделено в качестве одной из семи приоритетных областей.
4. Одиннадцатая общая программа работы содержит глобальную повестку дня в области здравоохранения для Организации, ее государств-членов и международного сообщества; однако, несмотря на широкое признание ценности научных исследований, их оптимальное использование для решения приоритетных проблем в области здравоохранения не является простым делом. К числу многих факторов, которые необходимо учитывать, относятся сложность проблем здравоохранения, стоящих перед обществами, стремительный прогресс знаний и технологий здравоохранения, меняющиеся ожидания и чаяния общественности в плане исследований и изменения в организации и управлении научными исследованиями в странах.
5. Важно отметить, что за последние десятилетия был достигнут значительный прогресс. Одновременно с ростом значения, придаваемого здравоохранению во всем мире, широкое исследовательское сообщество уделяет все больше внимания проблемам здоровья бедняков и

¹ См. резолюцию WHA63.21.

обездоленных. Значительные усилия в области научных исследований, предпринимаемые с участием частно-государственных партнерств и других инновационных механизмов, сосредоточены на забытых болезнях с тем, чтобы стимулировать разработку вакцин, лекарств и средств диагностики в тех случаях, когда действия одних только рыночных сил недостаточно. Аналогичным образом, на фоне коллективной уязвимости по отношению к таким глобальным инфекционным угрозам, как тяжелый острый респираторный синдром и птичий грипп, происходит мобилизация глобальных исследовательских усилий в поддержку укрепления потенциала обеспечения готовности и реагирования в области эпиднадзора, экспресс-диагностики и разработки вакцин и медицинских препаратов.

6. Помимо указанного прогресса, растет понимание того, что исследовательские системы не реагируют оптимальным образом на различные запросы, которые им предъявляются. Инвестиции в исследования в области здравоохранения являются недостаточными; к тому же они не ориентированы должным образом на решение приоритетных проблем здравоохранения. Кроме того, в процессе решения сложных задач, например проблем отсутствия продовольственной безопасности, или реагирования на последствия климатических изменений, не используются ресурсы для исследований, имеющиеся в других секторах. Странам с низким уровнем доходов приходится иметь дело с широким набором исследовательских программ, определяемых донорами, которые часто ослабляют национальные приоритеты, и многие страны испытывают значительные трудности в подготовке и удержании исследователей.

7. Усилия в поддержку проверки исследований на этичность и обеспечения их подотчетности перед общественностью не поспевают за надлежащей практикой. Возможность создать общую систему хранения и обмена исследовательскими данными, инструментами и материалами в области здравоохранения не была использована с такой же энергией, как в других научных областях, и лица, формулирующие политику, не вносят вклад в определение приоритетов научных исследований, равно как и не учитывают фактических данных в процессе принятия решений.

8. Ввиду стремительных изменений в общественном здравоохранении и научных исследованиях существует неотложная потребность в систематическом и всеобъемлющем подходе к организации и управлению исследованиями в целях здравоохранения. В настоящем проекте стратегии сделана попытка определить роль ВОЗ в удовлетворении этой потребности.

Роль ВОЗ в научных исследованиях в целях здравоохранения

9. В Одиннадцатой общей программе работы определено шесть основных функций ВОЗ, одна из которых состоит в "формировании повестки дня в области научных исследований и в стимулировании получения, воплощения и распространения ценных знаний". Все пять других функций, которые заключаются в обеспечении лидерства, установлении норм и стандартов, формулировании вариантов политики на основе фактических данных, обеспечении технической поддержки и мониторинге ситуации в области здравоохранения, требуют наличия у сотрудников Секретариата высокого уровня компетентности в сфере научных исследований.

Определения и концепции

10. Термин "научные исследования в целях здравоохранения" отражает тот факт, что для улучшения результатов для здоровья требуется вовлечь многие секторы и научные дисциплины. Как было указано в ходе работы Глобального форума по исследованиям в области здравоохранения, исследования такого типа нацелены на осуществление функций понимания воздействия на здравоохранение мер политики, программ, процессов, действий или событий, происходящих в любых секторах; содействия в разработке мер, которые будут способствовать предотвращению или ослаблению этого воздействия, и внесения вклада в

достижение Целей тысячелетия в области развития, справедливости в здравоохранении и в улучшение здоровья для всех. Исследования в целях здравоохранения охватывают весь спектр исследований, которые включают следующие пять общих областей деятельности:

- измерение масштабов и распределения проблемы в области здравоохранения¹
- понимание различных причин или детерминант проблемы, независимо от того, вызваны ли они биологическими, поведенческими, социальными или экологическими факторами
- разработку решений или мер, которые будут способствовать предупреждению или ослаблению проблемы
- осуществление или обеспечение решений с помощью мер политики и программ
- оценку воздействия этих решений на уровень и распределение проблемы.

11. Проект стратегии также опирается на систематическую схему для систем исследований в области здравоохранения, как она изложена в номере *“Бюллетеня Всемирной организации здравоохранения”* за ноябрь 2003 года². В этой схеме определены четыре основных функции систем исследований, а именно: руководство; финансирование; создание и поддержание исследовательских кадров и инфраструктуры, а также получение, синтез и использование знаний.

Разработка проекта стратегии ВОЗ в области научных исследований в целях здравоохранения

12. В резолюции WHA60.15 Ассамблея здравоохранения предложила Генеральному директору разработать стратегию по руководству и организации научно-исследовательской деятельности в рамках ВОЗ. Это представляет для Организации возможность: (1) рассмотреть роль исследований в ВОЗ и придать ей дополнительный импульс; (2) улучшить оказание ею поддержки государствам-членам в развитии потенциала исследований в области здравоохранения; (3) усилить ее работу по разъяснению важности исследований в целях здравоохранения и (4) лучше информировать о своей причастности к исследованиям в целях здравоохранения.

13. Стратегия ВОЗ в области научных исследований в целях здравоохранения была разработана Секретариатом в результате 18-месячного процесса консультаций. В этот процесс были вовлечены сотрудники штаб-квартиры и региональных и страновых бюро, а также ключевые партнеры (включая финансирующие организации, частный сектор, исследовательское сообщество и неправительственные организации). Обширные комментарии по последовательным проектам стратегии были представлены внешней справочной группой, а также Консультативным комитетом по научным исследованиям в области здравоохранения.

¹ Термин "проблема в области здравоохранения" используется в этой стратегии в отношении той или иной серьезной проблемы отсутствия здоровья или неравенства в состоянии здоровья как фактически, так и в будущем. Он включает следующее: такие заболевания, как ВИЧ/СПИД или психические болезни; такие риски для здоровья, как ожирение, нищета или климатические изменения, и препятствия для эффективного функционирования систем, например небезопасное оказание медицинской помощи или несправедливое финансирование служб здравоохранения.

² *Bulletin of the World Health Organization* 2003, **81**(11):815-820.

14. Ввиду того, что реалистичная, обращенная в будущее стратегия требует информированного понимания прошлых успехов и неудач, стратегия разрабатывалась также с учетом:

- исторического обзора исследований в ВОЗ
- предыдущих резолюций Ассамблеи здравоохранения о научных исследованиях
- всестороннего обзора и анализа текущей исследовательской деятельности в 34 департаментах Секретариата и специальных исследовательских программах и центрах¹.

В соответствии с просьбой, содержащейся в резолюции WHA61.21 Ассамблеи здравоохранения, было уделено внимание тому, чтобы при разработке стратегии ВОЗ в области научных исследований получили отражение, в соответствующих случаях, глобальная стратегия и план действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности.

ПРОЕКТ СТРАТЕГИИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЦЕЛЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЗ

Исследования на службе здоровья

15. Эта всеобъемлющая стратегия в масштабах всей Организации будет положена в основу всей работы в Секретариате.

16. **Видение** в отношении стратегии заключается в том, что решения и действия по улучшению состояния здоровья и повышению справедливости в обеспечении здоровья опираются на фактические данные, полученные в результате научных исследований. **Миссия** стратегии состоит в проведении совместной работы Секретариатом, государствами-членами и партнерами в целях использования возможностей науки, технологии и более широких знаний для получения с помощью научных исследований фактических данных и инструментов для улучшения состояния здоровья.

17. Стратегия отражает различные роли и обязанности ВОЗ в отношении исследований в целях здравоохранения: Организация прилагает усилия по обеспечению разумного руководства и информационно-разъяснительной работы, созыву доноров, катализации изменений и развитию потенциала, а также выступает в качестве распространителя, производителя и потребителя научных исследований.

18. Стратегия призывает к изменениям в целях совершенствования возможностей для доступа к имеющимся результатам исследований и их использования, а также углубления понимания и мобилизации поддержки научных исследований, необходимых для улучшения состояния здоровья и результатов для здоровья.

19. В стратегии также признается, что достижение целей в области здравоохранения требует более эффективного взаимодействия ВОЗ с более широким глобальным исследовательским сообществом и источниками финансирования исследований, а также с секторами помимо здравоохранения.

¹ Документ "Overview of Research at WHO 2006/07" доступен на веб-сайте по адресу: http://www.who.int/rpc/research_strategy/en/index.html.

Руководящие принципы

20. Стратегия ВОЗ в области исследований в целях здравоохранения опирается на три принципа, которые будут определять достижение целей и реализацию видения.

Качество – ВОЗ заявляет о своей приверженности высококачественным исследованиям, которые этичны, подвергаются экспертному обзору, действенны, эффективны, доступны для всех и подвергаются тщательному мониторингу и оценке.

Воздействие – ВОЗ уделяет приоритетное внимание исследованиям и инновациям с наибольшим потенциалом для повышения глобальной безопасности в области здравоохранения, ускорения развития, имеющего отношение к здравоохранению, устранения несправедливости в обеспечении здоровья и облегчения достижения Целей тысячелетия в области развития.

Всеобъемлемость – Секретариат обязуется вести работу в партнерстве с государствами-членами и заинтересованными сторонами, придерживаться многосекторального подхода к исследованиям в целях здравоохранения и поддерживать и стимулировать участие общин и гражданского общества в процессе исследований.

Цели

21. Были определены пять взаимосвязанных целей, призванных позволить ВОЗ реализовать видение стратегии.

- **Организация** – речь идет об укреплении культуры научных исследований в Организации
- **Приоритеты** – речь идет об укреплении научных исследований (на национальном, региональном и глобальном уровнях, а также внутри ВОЗ) в ответ на приоритетные потребности в области здравоохранения
- **Потенциал** – речь идет об оказании поддержки в укреплении национальных систем исследований в области здравоохранения
- **Стандарты** – речь идет о развитии надлежащей практики в исследованиях с опорой на ключевую функцию ВОЗ в области установления норм и стандартов
- **Воплощение** – речь идет об укреплении связей между политикой, практикой и продуктами исследований.

22. ВОЗ следует демонстрировать, что она может руководить, показывая пример, в связи с чем цель в отношении **Организации** составляет основу стратегии. Она является важным элементом четырех других целей, определяя взаимодействие Секретариата с государствами-членами и партнерами в усилиях по достижению каждой цели.

23. Нынешняя глобальная ситуация в области здравоохранения является сложной и характеризуется разнообразными новыми и уже существующими проблемами здравоохранения, многие из которых требуют активизации исследований. При наличии конкурирующих потребностей в различных областях исследований важно не только мобилизовать достаточные ресурсы для исследований, но и обеспечить их тщательное распределение. Применительно к цели **приоритетов** роль ВОЗ состоит в том, чтобы оказывать помощь в своевременном определении приоритетов исследований в целях здравоохранения,

особенно тех, что могут принести пользу беднейшим членам общества, и мобилизовывать все заинтересованные стороны для принятия эффективных ответных мер.

24. Укрепление национальных систем государств-членов по проведению исследований в поддержку здоровья — цель в отношении **потенциала** — имеет важное значение для совершенствования обеспечения здоровья, повышения безопасности в области здравоохранения и улучшения результатов для здоровья. Прилагая усилия к достижению этой цели, необходимо сосредоточить внимание на укреплении институционального потенциала в целях формирования необходимых людских ресурсов и создания физической инфраструктуры для проведения исследований. Необходимо также обратить внимание на удовлетворение потребности в политическом лидерстве, финансировании и стандартах в отношении исследований.

25. Ни одна страна не является самодостаточной в плане своего исследовательского потенциала, поэтому у государств-членов должна быть возможность обмениваться результатами исследований. Для эффективного и справедливого обмена требуются международно-согласованные нормы и стандарты в отношении исследований; в этой связи цель в отношении **стандартов** подразумевает содействие развитию надлежащей практики в области исследований с помощью усилий по принятию соглашений о надлежащей практике, научных эталонных данных, руководящих принципах в отношении этичности и механизмах обеспечения подотчетности. Реализация этой цели имеет важное значение, для того чтобы заручиться поддержкой и доверием общественности.

26. Наконец, если конечная цель исследований в целях здравоохранения заключается в улучшении результатов для здоровья, то одного генерирования знаний недостаточно: знания необходимо использовать, чтобы они отражались в политике и на практике и использовались при разработке продуктов. Устанавливая цель в отношении **воплощения**, ВОЗ стремится способствовать установлению более продуктивного взаимодействия между исследователями и пользователями фактическими данными, в том числе творцами политики и практическими работниками на национальном, региональном и глобальном уровнях.

27. Резюме результатов, достигнутых в процессе реализации каждой цели, дано в Таблице 1.

Таблица 1. Резюме результатов деятельности в связи со стратегией ВОЗ в области научных исследований в целях здравоохранения

<p>Представление раз в два года доклада Ассамблее здравоохранения с изложением:</p> <ul style="list-style-type: none"> — хода осуществления и оценки стратегии научных исследований и сопутствующих расходов (цель в отношении Организации)¹ — глобального прогресса в укреплении национальных систем исследований в области здравоохранения, измеряемого с помощью стандартизированных показателей, на страновом уровне (цель в отношении приоритетов) — адаптации/принятия государствами-членами норм и стандартов и результатов проверок на предмет их соблюдения (цель в отношении стандартов)
<p>Представление раз в два года доклада Генеральному директору с изложением:</p>

¹ Цель, с которой наиболее тесно связан результат, указана в скобках.

— процессов, охвата и воздействия:

- пересмотренных процедур и стимулов найма ВОЗ и программы подготовки кадров ВОЗ в области исследований и их использования (цель в отношении Организации)
- комитетов ВОЗ по обзору соблюдения норм этики (цель в отношении стандартов)
- комитета ВОЗ по обзору руководящих принципов (цель в отношении стандартов)
- комитета ВОЗ по обзору программ (цель в отношении Организации)

— осуществления кодекса надлежащей практики в области исследований ВОЗ, в том числе результатов периодических проверок практики ВОЗ в области исследований (цель в отношении Организации)

— того, достигнуты ли и если да, то какими средствами, улучшения в механизмах, с помощью которых ВОЗ выступает в качестве партнера по исследованиям (цель в отношении Организации)

— исследовательских повесток дня, к которым ВОЗ имеет непосредственное отношение, или поборником которых она выступает, их сохраняющейся целесообразности для ВОЗ и их согласованности в целом в рамках ВОЗ (цель в отношении приоритетов)

— информационно-разъяснительных усилий ВОЗ, относящихся к национальным системам исследований в области здравоохранения (цель в отношении потенциала)

— количества стратегий сотрудничества со странами, предусматривающих техническое сотрудничество множественных партнеров в поддержку укрепления национальных систем исследований в области здравоохранения (цель в отношении потенциала)

— согласования усилий по развитию исследовательского потенциала, к которым причастна ВОЗ (цель в отношении потенциала)

Нормы и стандарты

— Нормы и стандарты в отношении исследований (цель в отношении стандартов)

— Кодекс надлежащей практики исследований ВОЗ (цель в отношении Организации)

— Руководящие принципы по созданию национального потенциала применительно к четырем основным функциям национальных систем исследований в области здравоохранения (цель в отношении потенциала)

Публичные доклады и ресурсы

— Представление раз в четыре года публичного доклада (выпускаемого совместно с партнерами) о глобальных приоритетах в области исследований, всеобъемлющих повестках дня в области исследований по каждому приоритету и о приведении финансовых и людских ресурсов в соответствие с этими повестками дня (цель в отношении приоритетов)

— Представление раз в два года публичного доклада об исследованиях в ВОЗ (цель в отношении Организации)

— Публичный доклад о позиции ВОЗ в отношении открытого доступа к результатам исследований и механизмов регистрации результатов исследований, которые в настоящее время нигде больше не регистрируются (цель в отношении воплощения)

— Доклады об уроках, усвоенных в результате усилий по созданию исследовательского потенциала, включающие оценки эффективности конкретных подходов с использованием стандартизированных показателей (цель в отношении потенциала)

— Доклады об уроках, усвоенных в результате осуществления различных мероприятий в

поддержку политики и практики в государствах-членах, на основе наилучших имеющихся данных исследований с использованием различных моделей передачи технологий и платформ воплощения результатов исследований (цель в отношении воплощения)

- Открытый для общего доступа реестр всех научных исследований, к которым причастна ВОЗ (цель в отношении Организации)
- Обновляемые оптимально скомпонованные резюме фактических данных, которые учитывают контекст, и руководство в областях, где существуют потребности в области общественного здравоохранения (цель в отношении воплощения)

ЦЕЛЬ В ОТНОШЕНИИ ОРГАНИЗАЦИИ

28. Цель в отношении организации состоит в укреплении культуры исследований в масштабах всей ВОЗ.

Задача

29. В результате консультаций, проведенных в ходе разработки стратегии, как внутри Организации, так вне ее стен родилось ясное понимание того, что ВОЗ следует серьезно изменить поведение, чтобы идти в ногу с изменениями в условиях проведения исследований и лучше доносить информацию о характере собственной исследовательской деятельности.

30. Внутренние препятствия, выявленные в ходе консультаций, которые надлежит преодолеть ВОЗ, включают:

- отсутствие общего четко сформулированного видения научных исследований в целях здравоохранения
- фрагментированность и нескоординированность исследовательской деятельности в масштабах Организации
- непоследовательное использование фактических данных при разработке мер политики, программ и глобальных норм и стандартов
- отсутствие стандартов в отношении исследовательской практики сотрудников, осуществляющих исследования и использующих их результаты
- недостаточное число сотрудников с надлежащими навыками проведения исследований и должным пониманием исследований
- отсутствие целевого бюджета в поддержку исследовательской деятельности
- бюрократические и финансовые механизмы, которые воспринимаются многими партнерами по исследованиям как громоздкие
- отсутствие достаточных стимулов и поддержки, чтобы обеспечить вовлечение сотрудников в исследования или связанную с исследованиями деятельность и повышение ими своего уровня компетентности в этих областях.

31. В рамках деятельности в связи с целью в отношении **Организации** указанные препятствия будут преодолеваются путем совершенствования исследовательской практики в соответствии с тремя принципами стратегии: качества, воздействия и всеобъемлемости. Цель ВОЗ – располагать эффективными механизмами руководства для поддержки генерирования,

распространения и использования данных исследований как внутри, так и за пределами Организации.

32. Поэтому руководящие принципы и программы ВОЗ необходимо будет составлять с учетом наилучших доступных фактических данных исследований. Кроме того, исследовательскую деятельность, к которой причастна ВОЗ, необходимо будет привести в соответствие с надлежащей практикой проведения исследований. Потребуется также общее понимание как внутри, так и вне ВОЗ центральной роли, которую играют фактические данные исследований в деятельности Организации, а также более широкой роли Организации в исследованиях.

Шаги по реализации цели

33. Проводя работу с государствами-членами, Секретариат:

- (a) создаст соответствующие структуры для отслеживания последних событий в области управления знаниями, взаимодействия с глобальным исследовательским сообществом, а также для руководства, управления и координации исследований внутри ВОЗ и для обеспечения подотчетности за такие исследования и обеспечит ресурсы, необходимые для поддержки реализации и оценки этой стратегии;
- (b) разработает и будет осуществлять кодекс надлежащей практики исследований ВОЗ для тех своих сотрудников, которые имеют отношение к научным исследованиям и использованию фактических данных;
- (c) будет укреплять существующие механизмы надлежащей практики проведения исследований, в том числе:
 - (i) структуры и процедуры проведения обзора соблюдения норм этики и коллегиального обзора
 - (ii) надлежащего использования фактических данных при разработке руководящих принципов
 - (iii) регулярного обзора основных мер политики и программ в свете новых фактических данных;
- (d) будет повышать компетентность соответствующих сотрудников категории специалистов в области исследований, применяя установленные критерии их найма, обеспечивая обучение без отрыва от работы и устанавливая стимулы для качественной исследовательской деятельности, увязанные с регулярными оценками;
- (e) будет совершенствовать управление и координацию научных исследований, аффилированных с ВОЗ, и создавать открытое для общего доступа хранилище всех таких исследований в целях улучшения доступа к полученным таким образом знаниям;
- (f) будет улучшать результаты деятельности исследовательских партнерств:
 - (i) проводя обзоры финансовых, правовых и административных процессов работы с партнерами и
 - (ii) стремясь к установлению контактов с более широкой сетью партнеров во всех секторах, оказывающих влияние на исследования в целях здравоохранения;

(g) будет совершенствовать распространение информации как в масштабах Секретариата, так и среди государств-членов, партнеров и общественности относительно причастности ВОЗ к исследованиям, регулярно представляя доклады, в том числе доклады о мониторинге и оценке этой стратегии.

Ожидаемые результаты

34. Достижение этой цели должно принести следующие результаты:

- сотрудники Секретариата ВОЗ лучше понимают, ценят и используют фактические данные при планировании, осуществлении и оценке программ и деятельности, а также при установлении норм и стандартов
- в ходе поддерживаемых ВОЗ научных исследований систематически соблюдается кодекс надлежащей практики проведения исследований Организации, и эти исследования подвергаются научному и, в соответствующих случаях, этическому обзору; руководящие принципы и рекомендации систематически опираются на фактические данные и статьи систематически подвергаются обзору
- ясное информирование о роли ВОЗ в научных исследованиях и о роли исследований в рамках ВОЗ
- всеобщее признание того, что ВОЗ является заслуживающей доверия организацией, опирающейся на фактические данные; лидером в оказании поддержки или в осуществлении высококачественных исследований; поборником необходимости исследований и эффективным партнером, содействующим высококачественным исследованиям на глобальном, региональном и страновом уровнях
- распределение со стороны ВОЗ достаточных ресурсов в поддержку основных функций, необходимых для реализации стратегии
- воплощение Секретариатом ВОЗ самых последних знаний и фактических данных в рекомендациях, нормативах и руководящих принципах.

ЦЕЛЬ В ОТНОШЕНИИ ПРИОРИТЕТОВ

35. Цель в отношении приоритетов состоит в продвижении научных исследований, посвященных решению приоритетных потребностей в области здравоохранения.

Задача

36. На каждой стране лежит ответственность за разработку собственной программы научных исследований с целью реагирования на потребности в области здравоохранения, имеющие важное значение для ее населения, в ее социальных, политических и экологических условиях. Кроме того, существуют и возникают задачи в области здравоохранения, которые необходимо решать с помощью национальных и межстрановых исследований. К числу подобных задач относятся подготовка к пандемиям и реагирование на них, понимание последствий климатических изменений и разработка новых препаратов, вакцин и средств диагностики против таких широко распространенных болезней, как малярия, ВИЧ/СПИД и туберкулез.

37. Однако согласование приоритетов в области исследований в целях улучшения состояния здоровья населения и принятие мер по их реализации остаются серьезной задачей. К числу препятствий для этого относятся дисбаланс в национальных приоритетах в области

исследований, сложившаяся в прошлом несправедливость в распределении глобального финансирования исследований (на глобальные исследования в области здравоохранения, относящиеся к проблемам здоровья 90% мирового населения, выделяется лишь 10% финансовых ресурсов) и трудности обоснования финансирования исследований в условиях конкурирующих приоритетов.

38. Однако в последние годы мобилизация поддержки в достижении Целей тысячелетия в области развития и признание того, что хорошее здоровье является основой развития, способствуют впечатляющему росту исследований в целях глобального здравоохранения. Различные заинтересованные стороны, в том числе правительства, гражданское общество, филантропические организации и индустрия, мобилизовали значительные ресурсы с помощью многочисленных частно-государственных партнерств и многосторонних инициатив в области научных исследований. Ассамблея здравоохранения приняла глобальную стратегию и согласованные разделы плана действий в области общественного здравоохранения, инноваций и прав интеллектуальной собственности. В этом документе упор сделан на определение приоритетов в области исследований и развития в целях борьбы с болезнями нищеты и указаны соответствующие глобальные механизмы финансирования.

39. Национальные потенциалы в области исследований следует привести в соответствие со сложной глобальной ситуацией и наличием разнообразных источников финансирования исследований.

40. В ходе консультаций по этой стратегии Секретариату, работавшему совместно с государствами-членами, донорами и основными заинтересованными сторонами, неоднократно предлагалось шире использовать свои возможности в области созыва форумов, чтобы обратить внимание на исследования в целях здравоохранения в игнорируемых областях, а также добиваться консенсуса и выступать в роли катализатора новых действий в поддержку таких исследований.

41. В тех случаях, когда исследовательский потенциал невысок, от ВОЗ ожидается содействие сотрудничеству между странами и внутри регионов с целью развертывания более действенных исследовательских усилий в ответ на общие проблемы в области здравоохранения. Как и в прошлом, в подобных ситуациях ВОЗ разработает специальные программы исследований, призванные стимулировать деятельность, получить максимальную отдачу от ресурсов и стимулировать инновации.

Шаги по реализации цели

42. Проводя работу с государствами-членами, Секретариат:

(а) обеспечит развертывание механизмов для синтеза данных о пробелах в исследованиях текущих задач в области здравоохранения и систем здравоохранения на национальном и глобальном уровнях;

(b) созывает консультации высокого уровня, чтобы определить приоритеты, подлежащие включению в глобальные повестки дня в области исследований в целях здравоохранения, и необходимое финансирование для осуществления соответствующей деятельности, а также сформировать консенсус по этим вопросам;

(с) будет готовить раз в четыре года доклад о глобальных приоритетах в области исследований с оценкой соответствия финансовых и людских ресурсов повесткам дня в области исследований;

- (d) разработает всеобъемлющие повестки дня в области исследований в конкретных приоритетных областях и разработает планы мобилизации необходимых ресурсов;
- (e) будет пропагандировать поддержку направлений исследований, исследовательских групп и учреждений, которые прилагают усилия по ликвидации критических пробелов в повестках дня в области исследований, в поддержку глобальных приоритетов в области исследований; и
- (f) будет повышать согласованность исследовательской деятельности ВОЗ, создавая механизмы для периодического обзора портфеля повесток дня в области исследований, в том числе критериев, призванных служить руководством при принятии решений относительно инициирования, корректировки и свертывания программ.

Ожидаемые результаты

43. Достижение этой цели должно принести следующие результаты:

- повышение информированности о приоритетах исследований на национальном уровне и принятие мер по ним
- повышение информированности о приоритетах исследований на региональном и глобальном уровнях и принятие мер по ним
- улучшение сотрудничества и координации между источниками финансирования исследований и другими ключевыми партнерами для упорядочения глобальных ресурсов, с тем чтобы можно было удовлетворить приоритетные потребности в исследованиях в целях здоровья
- углубление повесток дня исследований на конкретных приоритетных направлениях, которым способствует ВОЗ, и повышение согласованности и ясности в отношении участия в них ВОЗ.

ЦЕЛЬ В ОТНОШЕНИИ ПОТЕНЦИАЛА

44. Цель в отношении потенциала состоит в поддержке создания прочных национальных систем исследований в области здравоохранения.

Задача

45. Наличие во всех странах прочных и жизнеспособных национальных систем исследований в области здравоохранения имеет решающее значение для ускорения достижения национальных и глобальных целей в области здравоохранения, а именно: улучшения состояния здоровья, повышения справедливости в отношении обеспечения здоровья и обеспечения более справедливых, безопасных и эффективных систем здравоохранения.

46. Давно существует понимание того, что основными предпосылками функционирования систем исследований в области здравоохранения являются: ясная национальная политика в области исследований, лидерство, кадры способных исследователей, достаточное финансирование, механизмы установления приоритетов, мощные регулятивные системы и структуры (включая надзор за соблюдением норм этики), хорошо оборудованные исследовательские учреждения, действенные информационные системы и планы распространения. Тем не менее, во многих странах, особенно странах с низким и средним уровнями доходов, системы исследований в области здравоохранения продолжают испытывать

серьезную нехватку ресурсов и плохо управляются, и системы медико-санитарной информации часто отсутствуют или не отвечают требованиям.

47. Подобные недостатки свидетельствуют: о недостаточном понимании на политическом уровне значения исследований для ускорения совершенствования и развития здравоохранения; общем отсутствии координируемых и последовательных усилий по созданию национальных систем исследований и о неспособности привести фрагментированные усилия в области исследований, определяемых внешними субъектами, в соответствие со стратегиями укрепления национальных потенциалов.

48. В ходе консультаций по разработке настоящей стратегии было признано, что укрепление национальных систем исследований в целях здравоохранения и мониторинг их функционирования являются первоочередными приоритетами ВОЗ в рамках ее ключевой роли по обеспечению возрастающего и более заметного лидерства.

49. ВОЗ необходимо развивать сотрудничество между исследователями и исследовательскими учреждениями в странах с низким, средним и высоким уровнями доходов с помощью региональных и глобальных сетей.

50. Необходимо будет также улучшить в масштабах Организации координацию деятельности по развитию исследовательского потенциала. Подобные усилия необходимо будет привести в соответствие с приоритетами, установленными в государствах-членах, и ВОЗ необходимо будет стимулировать аналогичную корректировку со стороны других субъектов.

Шаги по реализации цели

51. Проводя работу с государствами-членами, Секретариат:

- (a) будет укреплять свою информационно-разъяснительную деятельность в поддержку как исследований, так и прочных национальных систем исследований в целях здравоохранения;
- (b) разработает инструменты и руководящие принципы по усилению национального потенциала на четырех основных направлениях функционирования национальных систем исследований в целях здравоохранения (руководство; финансирование; создание и поддержание ресурсов и генерирование, синтез и использование знаний);
- (c) продолжит стимулирование развития всеобъемлющих систем информации в области здравоохранения, которые необходимы для поддержки национальных приоритетов в области исследований;
- (d) разработает и будет использовать стандартизированные показатели, чтобы: обеспечить возможности для автоматического направления отчетности о функционировании национальных систем исследований в целях здравоохранения; осуществлять мониторинг глобального прогресса в укреплении потенциала и оценивать эффективность конкретных подходов к укреплению потенциала;
- (e) будет способствовать оказанию технической помощи в поддержку укрепления национальных систем исследований в целях здравоохранения;
- (f) будет укреплять национальный потенциал для представления отчетности о надлежащей практике и обмена ею, способствуя созданию региональных и глобальных сетей с участием сотрудничающих центров ВОЗ;

(g) будет максимизировать воздействие усилий государств-членов по наращиванию исследовательского потенциала, совершенствуя координацию подобных инициатив в масштабах исследовательских программ и усилий ВОЗ.

Ожидаемые результаты

52. Достижение этой цели должно принести следующие результаты:

- увеличение инвестиций стран и других субъектов в исследования в целях здравоохранения
- наличие во всех странах, особенно в странах с низким и средним уровнями доходов, национальных стратегий в области исследований, в которых сформулированы ясные приоритеты в области исследований, заслуживающих доверие программ укрепления потенциала и ясных условий взаимодействия с внешними заинтересованными сторонами
- приведение инвестиций внешних заинтересованных сторон в исследования в соответствие с национальными стратегиями исследований
- разработку и использование руководящих принципов ВОЗ относительно укрепления потенциала в области исследований, в том числе показателей измерения прогресса
- представление Секретариатом один раз в два или три года через руководящие органы ВОЗ и информационные базы данных докладов о состоянии национальных исследовательских потенциалов и мероприятий
- сети исследователей и сообществ практической деятельности, которые активно обмениваются опытом и определяют надлежащую практику в области развития исследовательского потенциала
- более качественную, лучше координируемую исследовательскую деятельность благодаря приведению в соответствие со страновыми потребностями усилий ВОЗ по созданию национального потенциала в области исследований.

ЦЕЛЬ В ОТНОШЕНИИ СТАНДАРТОВ

53. Цель в отношении стандартов состоит в развитии надлежащей практики в области исследований.

Задача

54. Установление международных норм, стандартов и руководящих принципов является одной из ключевых функций ВОЗ и тем видом деятельности, который Организация может осуществлять как никто другой. Нормы, стандарты и руководящие принципы, относящиеся к исследованиям, применяются для руководства, управления исследованиями и повышения их качества; для устранения проявлений нерациональности в процессе исследований и для улучшения доступа к информации. Они имеют важное значение для поддержания доверия, уверенности и участия общественности в исследованиях.

55. Государства-члены, международные организации, заинтересованные стороны и общественность ожидают, что ВОЗ будет делать больше в поддержку надлежащей практики в

области исследований. Возрастает также потребность в большей подотчетности и прозрачности в проведении исследований.

56. Одна задача состоит в том, чтобы разработать четкую, систематическую и транспарентную методологию с ясными критериями для определения того, когда ВОЗ следует браться за работу над новым стандартом или руководящим принципом, как этот стандарт или руководящий принцип должен разрабатываться и какие заинтересованные стороны следует привлечь. Такая методология должна будет учитывать различия в социальных и культурных условиях, защищая права и благополучие всех участников исследовательского процесса.

57. Другая задача состоит в совершенствовании реализации и соблюдения существующих стандартов в отношении исследований. К их числу относятся стандарты относительно этики, комитетов по рассмотрению соблюдения норм этики и регистрации клинических испытаний, а также биологической защиты в лабораториях и биобезопасности. Хотя ВОЗ не имеет возможности обеспечивать соблюдение стандартов (иначе как, в соответствующих случаях, собственными сотрудниками), она играет важную роль в ускорении прогресса в направлении разработки и принятия глобальных стандартов в отношении надлежащей практики проведения исследований.

58. Существует также необходимость установить приемлемые критерии для использования, например при разработке руководящих принципов, фактических данных, которые не удастся получить с помощью таких традиционных исследовательских подходов, как рандомизированные исследования.

Шаги по реализации цели

59. Проводя работу с государствами-членами, Секретариат:

- (a) разработает систематический метод отбора, разработки, принятия и оценки новых стандартов и норм в соответствии с приоритетами исследований в целях здравоохранения;
- (b) разработает в соответствии с руководящими принципами настоящей стратегии нормы и стандарты в отношении надлежащей практики в управлении исследованиями, которые охватят, например, проведение этических и экспертных обзоров и аккредитацию комитетов по этическому обзору; представление отчетов о результатах исследований; обмен данными, инструментами и материалами исследований; регистрацию клинических испытаний и использование фактических данных в разработке политики, практики и продуктов;
- (c) продолжит оказывать содействие в разработке открытых для общего доступа реестров клинических испытаний и устанавливать стандарты на такие реестры; и
- (d) будет участвовать в техническом сотрудничестве с государствами-членами с целью обеспечить им возможность адаптировать и применять нормы и стандарты в отношении исследований и осуществлять мониторинг их последующего соблюдения.

Ожидаемые результаты

60. Достижение этой цели должно принести следующие результаты:

- усиление поддержки общественностью здравоохранительных и медицинских исследований и ее доверия к ним

- применение ВОЗ усовершенствованного метода отбора, разработки, принятия и оценки норм и стандартов, имеющих отношение к исследованиям
- повышение качества, эффективности, прозрачности, подотчетности и справедливости процесса исследований в результате роста информированности, признания и применения стандартов в отношении управления исследованиями и их соблюдения
- рост признания и соблюдения этических принципов проведения исследований и установление стандартов аккредитации комитетов по вопросам этики
- принятие всеми странами регистрации клинических испытаний в соответствии со стандартами ВОЗ.

ЦЕЛЬ В ОТНОШЕНИИ ВОПЛОЩЕНИЯ

61. Цель в отношении воплощения состоит в укреплении связей между исследованиями, политикой и практикой.

Задача

62. Консультации в связи с разработкой настоящей стратегии показали, насколько фактические данные не учитываются в политике и на практике и в какой степени потребности политики игнорируются повесткой дня в области исследований. Именуемый "воплощением исследований", этот динамический интерфейс, связывающий исследования с политикой, практикой и разработкой продуктов, рассматривается во все возрастающей степени в качестве приоритетной области исследований. Кроме того, необходимы новые и улучшенные методы для эффективного донесения информации и фактических данных в области здравоохранения до различных целевых аудиторий в различных секторах, на различных уровнях и языках.

63. Существенным препятствием для достижения этой цели является глобальное неравенство в доступе – применительно к исследованиям – к данным, инструментам, материалам и литературе, которое может иметь место из-за установления ограничений на их повторное использование с помощью авторских прав и прав интеллектуальной собственности. Существуют различные стандарты в отношении информационных систем и оперативной совместимости, однако мало какие из них последовательно применяются в области информатики общественного здравоохранения.

64. При имеющихся у ВОЗ связях в странах и контактах с исследователями, творцами политики, практическими работниками и гражданским обществом она может играть уникальную роль поборника увеличения ресурсов, вкладываемых в поддержку исследований, посвященных этому интерфейсу знаний. ВОЗ следует содействовать доступу к качественным данным, обобщенным фактическим данным и авторитетной медико-санитарной информации и руководящим принципам, чтобы поддержать диалог между лицами, формулирующими политику, и теми, кто обеспечивает общественное здравоохранение. Благодаря одной из возглавляемых ВОЗ инициатив в области Сетей политики, опирающейся на фактические данные (Evidence-Informed Policy Networks initiative), начинает формироваться подход к решению этих задач.

65. ВОЗ вносит вклад в улучшение ситуации в этой области с помощью таких инициатив, как Инициатива по обеспечению межсетевого доступа к результатам исследований в области здравоохранения (Health InterNetwork Access to Research Initiative) и Библиотека репродуктивного здоровья, в результате создания Международной платформы для регистрации клинических испытаний и открытие для общественности доступа к базам данных Организации.

Однако доступ к исследованиям по-прежнему ограничен из-за ряда факторов, в том числе отсутствия стандартов в области информатики здравоохранения, проблемы ценовой доступности и языковой проблемы, и Организации следует делать больше, чтобы включиться в полной мере в движение за обеспечение открытого доступа.

Шаги по реализации цели

66. Проводя работу с государствами-членами, Секретариат:

- (a) определит с помощью оценки перспективные направления деятельности по воплощению и будет способствовать их использованию в поддержку принятия решений на основе наилучших имеющихся фактических данных исследований;
- (b) будет содействовать использованию эффективных моделей передачи технологий и оценке перспективных моделей, чтобы поддержать своевременное создание новых продуктов и услуг в государствах-членах;
- (c) будет продвигать и оценивать платформы по воплощению результатов исследований в поддержку формулирования политики на основе фактических данных и развития потенциала воплощения в государствах-членах;
- (d) будет прилагать усилия по разработке и обеспечению соблюдения международных стандартов в отношении информатики здравоохранения в целях исследований;
- (e) будет разрабатывать, укреплять и оценивать механизмы для систематического составления резюме фактических данных и руководящих принципов для граждан, пациентов, клиницистов, менеджеров и лиц, формулирующих политику, в государствах-членах, обеспечивая адаптацию таких механизмов к целевым аудиториям и их регулярное обновление, а также оценку их воздействия;
- (f) будет систематически анализировать препятствия и стимулировать создание механизмов по содействию расширению доступа к результатам научных исследований, или усиление существующих механизмов;
- (g) сформулирует и будет разъяснять позицию ВОЗ относительно открытого доступа к результатам исследований и пропагандировать: банки данных, хранилища и другие механизмы максимизации доступности выводов исследований, имеющих отношение к здравоохранению, которые свободно доступны для всех.

Ожидаемые результаты

67. Достижение этой цели должно принести следующие результаты:

- создание ситуации, в которой лица, принимающие решения, будут действовать в качестве информированных потребителей результатов исследований, более эффективно используя имеющиеся фактические данные и знания, формулируя политику на основе фактических данных и воплощая эту политику на практике и в продуктах
- создание институциональных механизмов для регистрации и обмена уроками, усвоенными благодаря исследованиям, нацеленным на потребности в исследованиях и на пути использования фактических данных в политике и на практике на страновом уровне

- проведение научных исследований с целью понять воплощение фактических данных в политике и на практике и признание важного вклада, который такие исследования могут внести в научные исследования в целях здравоохранения
- создание и широкое применение международно-согласованных стандартов в отношении сбора, хранения и обмена информатикой/инструментами и данными в области здравоохранения
- создание всеобъемлющих хранилищ, включающих исследовательскую литературу ВОЗ, которые хорошо укомплектованы, регулярно обновляются и хорошо используются
- развитие существующих хранилищ систематических обзоров или создание новых хранилищ в целях удовлетворения приоритетных потребностей стран с низким и средним уровнями доходов в области здравоохранения
- легкий доступ как производителей результатов исследований, так и их пользователей к надежной, актуальной, надлежащей и своевременной информации в формате и на языке, которые им понятны
- возрастание реагирования исследователей на потребности, в том числе на относящиеся к здравоохранению вопросы по исследованиям со стороны лиц, формулирующих политику (в здравоохранении и других секторах), практических работников и гражданского общества
- ВОЗ станет играть более заметную роль в определении эффективных мероприятий и стратегий в области здравоохранения и в содействии их осуществлению государствами-членами.

РЕАЛИЗАЦИЯ

68. Одиннадцатая общая программа работы на 2006-2015 гг. содержит глобальную повестку дня в области здравоохранения для Секретариата ВОЗ, государств-членов и международного сообщества, которая является результатом анализа текущей глобальной ситуации в области здравоохранения. После изложения более широкой повестки дня в области глобального здравоохранения в Общей программе работы рассматриваются далее относительные преимущества ВОЗ, ее основные функции, основные стоящие перед ней задачи и ее приоритеты на будущее. Эти приоритеты получили дальнейшее развитие в шестилетнем Среднесрочном стратегическом плане на 2008-2013 гг., в котором определены 13 стратегических целей для Секретариата и государств-членов.

69. Секретариат будет вести работу с государствами-членами и партнерами по планированию осуществления стратегии исследований в целях здравоохранения ВОЗ в порядке поддержки Среднесрочного стратегического плана в рамках Одиннадцатой общей программы работы.

70. Для региональных бюро стратегий исследований в целях здравоохранения ВОЗ определены основы, которыми будет определяться формулирование будущих региональных стратегий исследований.

71. В реалистичных планах реализации будут определены ясные роли, обязанности, необходимые ресурсы, результаты и последствия в рамках графика, указанного в схеме оценки. Эти планы будут опираться на исследовательскую деятельность, которая уже осуществляется в рамках более чем 34 программ, альянсов и сетей ВОЗ в поддержку целей стратегии.

72. План реализации стратегии будет включен в оперативные механизмы и планы работы Организации и в результате обсуждений со странами интегрирован в стратегии сотрудничества со странами.

73. Доклад о ходе работы будет представляться Ассамблее здравоохранения раз в два года, причем первый доклад будет представлен в 2012 году.

ВАЖНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАЛИЗАЦИИ

Руководство внутри ВОЗ

74. Для успешной реализации стратегии Организации необходимо будет разработать надлежащие механизмы повышения стратегической и оперативной эффективности всего комплекса исследовательской деятельности в масштабах ВОЗ. В качестве одного из таких механизмов можно было бы создать тематические группы, которые будут вести работу в масштабах всей Организации в таких областях, как укрепление исследовательского потенциала и управление знаниями. Подобные новые механизмы дополняют проведение тщательных обзоров и, в соответствующих случаях, активизация существующих механизмов. Это будет включать рассмотрение роли технических и консультативных комитетов и возможный пересмотр роли Консультативного комитета по научным исследованиям в области здравоохранения как на глобальном уровне, так и в регионах.

Работа с партнерами

75. Осуществляя эту стратегию, Секретариат также должен будет эффективно сотрудничать со специализированными исследовательскими партнерствами, с которыми ВОЗ установила связи, но которые управляются самостоятельно. К числу таких партнерств относятся: Альянс по исследованиям в области политики и систем здравоохранения, Специальная программа ПРООН/ЮНФПА/ВОЗ/Всемирного банка по исследованиям, разработкам и подготовке научных кадров в области воспроизводства населения, Инициатива по исследованиям в области вакцин, Специальная программа ПРООН/Всемирного банка/ВОЗ по исследованиям и подготовке кадров в области тропических болезней, Совет по исследованиям в области здравоохранения в целях развития и Глобальный форум по исследованиям в области здравоохранения. В процессе реализации будет рассмотрен вопрос о пользе обеспечения таких партнерств структурой управления, более приближенной к структуре стратегии ВОЗ в области исследований, или даже общей со стратегией ВОЗ структурой; в существующие отношения будет внесены изменения, отвечающие усилиям по достижению конкретных целей.

76. Помимо сотрудничества с существующими партнерствами, предполагается, что в процессе осуществления новой стратегии ВОЗ будет работать более эффективно с основными партнерами по исследованиям, в том числе с индустрией, гражданским обществом, фондами и академическими кругами.

Укомплектование штатов

77. Успех стратегии будет в значительной мере зависеть от усилий технического персонала ВОЗ в масштабах всей Организации. Цель стратегии в отношении организации включает несколько рекомендаций по повышению исследовательской компетентности сотрудников ВОЗ благодаря, в соответствующих случаях, усилению поддержки исследований, непрерывному обучению и изменениям в процессах найма и оценки. Особое внимание необходимо будет уделять определению надлежащих ответных мер по персоналу на страновом уровне. После внедрения кодекса надлежащей практики в области исследований он обеспечит общий подход и набор минимальных стандартов в отношении проведения исследований для сотрудников, где

бы они ни работали. Потребуется также штаты для эффективного исполнения функций в связи с многопрофильными тематическими группами, рассмотрением соблюдения этических норм и руководящих принципов, установлением стандартов и распространением информации.

Финансирование

78. Около 80% бюджета на проведение или размещение заказов на проведение исследований через программы штаб-квартиры (около 200 млн. долл. США за двухгодичный период) финансируется из добровольных взносов. Стратегия исследований в целях здравоохранения ВОЗ нацелена на повышение качества результатов исследований путем воздействия на формы расходования этих ресурсов, а не увеличения объема финансирования.

79. Тем не менее, для реализации этой стратегии (и глобальной стратегии и плана действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности) необходим финансируемый должным образом центральный секретариат, отвечающий, в числе прочего, за многопрофильные темы, распространение информации и оценку. Для финансирования деятельности этого секретариата потребуется поддержка из основного бюджета, поскольку средства департаментов ВОЗ на конкретные исследования или добровольные взносы вряд ли будут для этого доступны. Денежные суммы на поддержку функционирования секретариата являются скромными и составляют менее 5% от общих расходов на исследования за двухгодичный период. Ресурсы на осуществление этих основных функций будут полностью покрываться из Программного бюджета на 2010-2011 годы.

ОЦЕНКА

Обзор

80. Оценка является неотъемлемой частью стратегии исследований в целях здравоохранения ВОЗ, и схема оценки была разработана, чтобы обеспечить ориентированный на последствия подход для оценки реализации видения, миссии и целей стратегии. Доклад с изложением деталей этой схемы можно получить по заявке.

81. Более конкретно эта схема обеспечит подход для:

- мониторинга реализации элементов стратегии исследований
- оценки последствий изменений, произошедших благодаря реализации стратегии.

82. Схема оценки стратегии исследований в целях здравоохранения ВОЗ охватывает как ее реализацию, так и ее составные элементы, а именно принципы, цели, действия и ожидаемые результаты.

83. Эта схема разработана с учетом надлежащей практики в области оценки. Она:

- будет ориентирована на общие цели и действия Секретариата, государств-членов и партнеров, намеченные в стратегии исследований
- будет сбалансировано отражать прогресс в направлении осуществления общего видения для Секретариата, государств-членов и партнеров
- будет эффективной, используя по возможности существующие показатели и механизмы в целях сведения до минимума бремени представления отчетности Секретариата, государств-членов и партнеров.

Структура схемы оценки

84. Элементы стратегии исследований в целях здравоохранения ВОЗ сгруппированы в схеме оценки по входящим факторам /направлениям деятельности, исходящим факторам, результатам и воздействиям (известным в качестве "логической модели"); в ней также определены показатели, подлежащие отслеживанию по каждому из этих элементов (см. ниже).

85. Хотя конечное воздействие должно заключаться в улучшении состояния здоровья и повышении справедливости в здравоохранении (как они сформулированы в Целях тысячелетия в области развития), существует серьезная проблема с определением вклада исследований в целях здравоохранения в целом и стратегии в частности в достижение более широких здравоохранительных воздействий. Учитывая трудности прогнозирования обстоятельств, при которых можно будет проводить исследования последствий для здравоохранения на конкретных примерах, в модели схемы оценки упор сделан на воздействиях, поддающихся перспективной оценке. После начала этапа реализации схема может подвергнуться дальнейшему расширению за счет включения новых показателей воздействия на здравоохранение.

Мониторинг прогресса

86. Для каждого входящего фактора/вида деятельности, исходящего фактора, результата и воздействия были разработаны по одному или более показателям. В Таблице 2 представлен перечень показателей исключительно в порядке иллюстрации¹.

Таблица 2. Перечень показателей

<p>Воздействие</p> <ul style="list-style-type: none"> – Процент приоритетных потребностей в области здравоохранения, по которым были предоставлены самые последние систематические обзоры в пределах одного года с момента установления этой потребности (цель в отношении приоритетов) – Процент произвольной выборки практикующих врачей в государствах-членах, выполняющих целевой показатель по соблюдению отдельных высококачественных применяемых на местах рекомендаций (цель в отношении воплощения)
<p>Результаты</p> <ul style="list-style-type: none"> – Процент в пределах произвольной выборки руководящих принципов ВОЗ, которые соответствуют наилучшим имеющимся фактическим данным исследований (цель в отношении Организации) – Процент государств-членов (а именно, их основных делегатов на Ассамблее здравоохранения), которые сообщают об общей удовлетворенности характером технического сотрудничества в поддержку их национальной системы исследований в целях здравоохранения (цель в отношении потенциала)
<p>Исходящие факторы</p> <ul style="list-style-type: none"> – Представление Ассамблее здравоохранения раз в два года доклада о ходе укрепления национальных систем исследований в области здравоохранения (цель в отношении потенциала) – Опубликование норм и стандартов в отношении исследований (цель в отношении стандартов)

¹ Полный перечень показателей будет представлен в документе с описанием всей схемы оценки.

Входящие факторы/виды деятельности

- На поддержку исследований в ВОЗ в текущем двухгодичном периоде выделено по крайней мере 5% совокупного основного и добровольного бюджетов, включая специальные средства на осуществление и оценку стратегии исследований (цель в отношении Организации)
- Процент государств-членов, чьи процессы установления приоритетов учитываются при определении приоритетов исследований в целях здравоохранения (цель в отношении приоритетов)

87. Несмотря на выявление, в соответствующих случаях, показателей, доступных в рамках существующих механизмов, были предложены новые показатели, призванные улучшить мониторинг отдельных элементов повестки дня в области исследований в целях здравоохранения, когда это было необходимо. Эти новые показатели, как правило, относятся к измерению исходящих факторов и воздействия, которые непосредственно связаны с целями стратегии. Полное описание этих показателей и предлагаемых механизмов по мониторингу реализации приводится отдельно в полной схеме оценки.

88. Как следует из разбивки исходящих факторов в Таблице 1 выше, предлагаемые структуры представления отчетности делятся на четыре типа: показатели, относящиеся к руководству (подлежащие включению в двухгодичный доклад Ассамблее здравоохранения), показатели, относящиеся к управлению (подлежащие включению в двухгодичный доклад Генеральному директору), показатели по нормам и стандартам и показатели для прочих публичных докладов и ресурсов. Все доклады будут размещены на веб-сайте ВОЗ в открытом доступе.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8¹

Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов

[A63/24 – 25 марта 2010 г.]

ПРЕАМБУЛА

1. Как указывается в докладе Генерального директора для Семьдесят девятой сессии Исполнительного комитета², пересадка органов человека началась с проведения ряда экспериментальных исследований в начале XX столетия. В докладе обращается внимание на некоторые клинические и научные достижения в этой области с тех пор, как в 1912 г. Alexis Carrel был награжден Нобелевской премией за свою новаторскую работу. Хирургическая пересадка человеческих органов от умерших, а также от живых доноров больным и умирающим пациентам началась после Второй мировой войны. За истекшие 50 лет трансплантация человеческих органов, тканей и клеток стала практиковаться во всем мире. Благодаря ей удалось спасти сотни тысяч жизней и значительно улучшить качество жизни множества людей. Постоянное совершенствование медицинской технологии, особенно в преодолении отторжения органов и тканей, привело к увеличению спроса на них. При этом спрос всегда превышал предложение, несмотря на значительное увеличение масштабов предоставления органов от скончавшихся доноров, а также на возросшее использование в последние годы органов от живых доноров.

2. Нехватка имеющихся для пересадки органов не только способствовала разработке во многих странах процедур и систем для увеличения предложения, но также стимулировала рост незаконной торговли человеческими органами, особенно от живых доноров, не имеющих родственных связей с реципиентами. В последние десятилетия появились убедительные свидетельства подобной торговли и связанной с этим торговли людьми. Кроме того, все большая легкость международных коммуникаций и поездок привела к тому, что многие пациенты совершают поездки в медицинские центры других стран, которые рекламируют свои возможности по выполнению трансплантации и предоставлению донорских органов по единой включающей все расходы стоимости.

3. Ассамблея здравоохранения в резолюциях WHA40.13 и WHA42.5 впервые выразила озабоченность в отношении коммерческой торговли органами и необходимости создания глобальных стандартов для трансплантации. На основании консультативного процесса, проведенного Секретариатом, Ассамблея здравоохранения затем в своей резолюции WHA44.25 утвердила Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации человеческих органов. За последние 17 лет Руководящие принципы оказали влияние на профессиональные правила и практику, а также на законодательство во всем мире. Учитывая изменения, произошедшие в практике и взглядах в отношении трансплантации органов и тканей, Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в резолюции WHA57.18 предложила Генеральному

¹ См. Резолюцию WHA63.22.

² Документ EB79/8.

директору, среди прочего, "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 человека".

4. Целью нижеследующих Руководящих принципов является предоставление упорядоченной, приемлемой структурной основы для процедур приобретения и трансплантации человеческих клеток, тканей и органов в лечебных целях с соблюдением этических принципов. Пути реализации Руководящих принципов будут определяться правовой системой каждой страны. В документе сохранены основные положения варианта Руководящих принципов 1991 г., при этом включены новые положения в соответствии с современными тенденциями в трансплантологии, особенно в отношении органов для трансплантации, изъятых у живых доноров, и с все возрастающим использованием человеческих клеток и тканей. Руководящие принципы не применимы к трансплантации половых клеток, тканей яичников и яйцек или эмбрионов в репродуктивных целях, равно как и к крови и ее составляющим, предназначенным для переливания.

Клетки, ткани и органы могут быть изъятые из тел умерших или живых лиц для проведения трансплантации только в соответствии с нижеследующими Руководящими принципами.

Руководящий принцип 1

Для проведения трансплантации клетки, ткани и органы могут быть изъятые из тел умерших в случае, если:

- (a) получено согласие в форме, требуемой законом, и
- (b) нет оснований полагать, что умершее лицо возражало против такого изъятия.

Комментарий к Руководящему принципу 1

С этической точки зрения согласие пациента является краеугольным камнем всех медицинских вмешательств. Национальные органы власти отвечают за определение процесса получения и регистрации согласия на предоставление клеток, тканей или органов от доноров в свете международных этических стандартов, существующих в их странах подходов к организации обеспечения органами, и той практической роли, которую играет согласие в сокращении злоупотреблений и повышении уровня безопасности.

В зависимости от социальных, медицинских и культурных традиций каждой страны, а также от того, каким образом семьи участвуют в процессе принятия решений относительно своего здоровья в целом, согласие на получение органов и тканей от умерших может быть "четко выраженным" или "предполагаемым". В обеих системах любое надежное свидетельство неприятия человеком посмертного изъятия его клеток, тканей или органов воспрепятствует такому изъятию.

В системе четко выраженного согласия, которую иногда называют системой "презумпции несогласия" ("opting in"), клетки, ткани и органы могут быть изъятые из тела умершего в случае, если умершим при жизни было недвусмысленно заявлено согласие на такое изъятие. В зависимости от существующего в стране закона изъятие согласия допускается в устной форме или может быть зафиксировано в карте донора, водительских правах или удостоверении личности, либо в медицинской карте или в реестре доноров. В случае, если умерший при жизни не оставил ни положительного, ни четко отрицательного отношения к изъятию органа,

разрешение должно быть получено от уполномоченного в правовом порядке лица, каковым обычно является член семьи.

Вторая система, которая является системой предполагаемого согласия, - иначе ее называют "презумпцией согласия" ("opting (or contracting) out") - позволяет осуществить изъятие материала из тела умершего для трансплантации (и в ряде стран - для анатомического изучения либо в научных целях) в случае, если умерший при жизни не выразил своего возражения против изъятия органа, которое должно быть зафиксировано в официальном документе в установленном порядке, или в случае, если информированная сторона не поставит в известность о возражении, высказанном при жизни умершим против изъятия органа для трансплантации. Учитывая важность получения согласия с этической точки зрения, такая система должна обеспечить полную информированность людей относительно существующей политики и предоставление им беспрепятственной возможности пойти по пути несогласия.

И хотя по второй системе не требуется четко выраженного согласия для извлечения клеток, тканей или органов умершего человека, который при жизни не высказывал возражений, программы предоставления органов могут неохотно осуществлять эту процедуру в случае, если родственники лично возражают против извлечения органа для трансплантации; аналогичным образом, в рамках первой системы программы обычно пытаются заручиться разрешением от членов семьи даже в тех случаях, когда умерший при жизни выразил свое согласие. Программы могут в большей степени полагаться на четко выраженное или предполагаемое согласие умершего, не заручаясь дальнейшим разрешением от членов семьи в случае, если понимание и принятие процесса донорства клеток, тканей и органов глубоко и однозначно укоренилось в общественном сознании. Даже в тех случаях, когда к родственникам не обращаются за разрешением, донорским программам необходимо рассмотреть историю болезни умершего и его поведенческие характеристики с членами семьи, хорошо знавшими его или ее, поскольку точная информация о донорах способствует повышению безопасности трансплантации.

Что касается донорства тканей, при котором требуются несколько менее жесткие временные ограничения, рекомендуется всегда обращаться к ближайшему родственнику за получением одобрения. Важным моментом, на который следует обратить внимание, является восстановление внешнего вида тела умершего после извлечения тканей.

Руководящий принцип 2

Врачи, удостоверяющие факт смерти потенциального донора, не должны участвовать непосредственно в изъятии у него клеток, тканей или органов или в последующих процедурах пересадки. Не должны они быть и лечащими врачами потенциальных реципиентов таких клеток, тканей или органов.

Комментарий к Руководящему принципу 2

Это положение направлено на предупреждение конфликта интересов, который может возникнуть в случае, если врач или врачи, удостоверяющие факт смерти потенциального донора, одновременно являлись бы и лечащими врачами других пациентов, благополучие которых зависит от клеток, тканей и органов, изъятых из тела донора.

Национальные властные органы установят правовые стандарты в отношении удостоверения факта смерти и обозначат пути формулирования и применения критериев и процесса удостоверения факта смерти.

Руководящий принцип 3

Для пересадки следует максимально возможным образом брать органы у умерших, однако осуществлять безвозмездную передачу органов при жизни могут и лица, достигшие совершеннолетия, в соответствии с существующими в стране нормативно-правовыми актами. По общему правилу, живые доноры должны находиться в генетической, правовой или эмоциональной связи со своими реципиентами.

Донорство при жизни приемлемо в случае получения информированного и добровольного согласия донора, в случае обеспечения профессионального ухода за донорами и надлежащей организации последующего наблюдения, а также при условии добросовестного использования критериев отбора доноров и проведения контроля за этим процессом. Живые доноры должны быть информированы исчерпывающим образом и в понятной форме о возможных рисках, преимуществах и последствиях предоставления человеческого материала; они должны быть дееспособными, а также обладать способностью анализировать информацию; они должны действовать на основе своей доброй воли и быть свободными от какого бы то ни было давления или принуждения.

Комментарий к Руководящему принципу 3

В данном положении подчеркивается важность как принятия правовых и организационных мер, необходимых для развития программ, связанных с умершими донорами, там, где они еще не существуют, так и обеспечения наибольшей возможной эффективности и результативности существующих программ.

Отдавая предпочтение максимально возможному развитию программ трансплантации, позволяющих избежать риски для живых доноров, данный принцип также устанавливает основные условия для предоставления трансплантата живым донором. Генетическое родство между донором и реципиентом может иметь преимущества в терапевтическом плане и позволяет быть уверенным в том, что мотивацией донора является его искренняя забота о реципиенте; аналогичную уверенность может обеспечить и наличие правовых взаимоотношений (например, между супругами). Весьма нередки случаи бескорыстного донорства, в основе которого лежит связь между донором и реципиентом на эмоциональном уровне, хотя степень заявленной связи трудно поддается оценке. Обеспокоенность вызывают органы, предоставленные донорами, не связанными родственными узами с реципиентом. Тем не менее, существует ряд замечательных примеров таких случаев, как, например, случаи с трансплантацией стволовых клеток крови (где в терапевтических целях целесообразно использовать широкий донорский пул). Следует отметить также случаи пересадки почек, когда доноры и реципиенты не в полной мере подходят по иммунологическим характеристикам, хотя и связаны кровными узами.

В отношении донорства при жизни, особенно если это касается неродственных доноров, необходимо проведение социально-психологической оценки для предупреждения принуждения донора или использования донорства в коммерческих целях, что запрещено Принципом 5. Национальные органы здравоохранения должны обеспечить такое положение вещей, при

котором оценка будет проводиться независимой стороной, обладающей надлежащей квалификацией. Проведение оценки мотивации донора и ожиданий донора и реципиента в отношении результатов процедуры может позволить выявить - и предотвратить - такие виды донорства, которые осуществляются с принуждением или в действительности являются сделками купли-продажи.

Данное положение подчеркивает необходимость искреннего и хорошо информированного выбора, что требует полной, объективной и соответствующей местным условиям информации, а также исключает уязвимую категорию лиц, которые не способны отвечать требованиям в отношении добровольного и информированного согласия. Добровольное согласие также подразумевает наличие соответствующих положений, предусматривающих возможность отказа от данного согласия вплоть до того момента, пока медицинские вмешательства в отношении реципиента не достигнут стадии, на которой в случае прекращения процедуры трансплантации реципиент подвергнется острой опасности. Будущего реципиента следует проинформировать об этом при получении согласия.

И наконец, данное положение подчеркивает важность охраны здоровья живых доноров в процессе отбора, изъятия трансплантата и необходимого последующего ухода, что обеспечит такое положение вещей, при котором потенциальные неблагоприятные последствия донорской операции с малой вероятностью скажутся на дальнейшей жизни донора. Уход за донором должен быть сопоставимым с уходом за реципиентом, при этом органы здравоохранения несут одинаковую степень ответственности за благополучие обоих.

Руководящий принцип 4

Не допускается брать для пересадки клетки, ткани или органы у живого донора, не достигшего совершеннолетнего возраста, за редкими исключениями, разрешенными в рамках национального законодательства. Должны существовать специальные меры для защиты несовершеннолетних и, где это возможно, следует получить согласие несовершеннолетнего до процедуры изъятия органа. Положения, применимые к несовершеннолетним, также применимы к любому недееспособному лицу.

Комментарий к Руководящему принципу 4

Данный принцип в целом обеспечивает запрещение изъятия клеток, тканей или органов для пересадки от лиц, не достигших совершеннолетия. Основные исключения могут быть сделаны для семейного донорства регенерирующих клеток (когда отсутствует совершеннолетний донор, сопоставимый в медицинском плане) и в случае пересадки почек у однояйцевых близнецов (где отсутствие необходимости подавления иммунитета является преимуществом для реципиента, что оправдывает данное исключение из общего правила, в отсутствие генетического нарушения, которое в будущем может оказать неблагоприятное воздействие на донора).

Хотя обычно для изъятия органа достаточно разрешения родителя(ей) или установленного в правовом порядке опекуна, может возникнуть конфликт интересов в случае, если на них возложена ответственность за благополучие потенциального реципиента. В подобных случаях необходимо заручиться рассмотрением и оценкой со стороны независимого органа, такого как суд, или другой компетентной властной структуры. В любом случае

возражение несовершеннолетнего лица в отношении проведения процедуры донорства должно преобладать над согласием, предоставленным любой другой стороной. Для несовершеннолетних доноров особую важность представляет профессиональное консультирование, которое предлагается живым потенциальным донорам с целью оценки и, если это необходимо, принятия мер в отношении любой формы давления, которое оказывается на принятие решения о донорстве.

Руководящий принцип 5

Предоставление клеток, тканей и органов живым донором осуществляется только на безвозмездной основе, без какой-то денежной выплаты или другого вознаграждения в денежном выражении. Необходимо запретить покупку или предложение о покупке клеток, тканей или органов для трансплантации, либо их продажу живым донором или ближайшим родственником умершего.

Запрет на продажу или покупку клеток, тканей или органов не исключает возмещения разумных и поддающихся контролю расходов, понесенных донором, включая потерю дохода, или оплату издержек, связанных с уходом, обработкой, сохранением и передачей человеческих клеток, тканей или органов для трансплантации.

Комментарий к Руководящему принципу 5

Идея оплаты клеток, тканей и органов чревата опасностью недобросовестного использования беднейших и наиболее уязвимых групп населения, при этом подрывается идея безвозмездного донорства, что в конечном итоге ведет к спекуляции и торговле людьми. Подобные выплаты подразумевают, что некоторые люди лишены достоинства и являются всего лишь объектами для использования другими.

Цель данного принципа, помимо предотвращения торговли человеческим материалом, состоит в том, чтобы отметить особую заслугу, заключающуюся в безвозмездном предоставлении человеческих материалов для спасения и продления жизни. Тем не менее, им допускается при определенных обстоятельствах, в знак благодарности донору преподносить символические подарки, не имеющие денежного выражения. Национальное законодательство должно обеспечивать такое положение вещей, при котором подарки или вознаграждения в действительности не являются завуалированной формой оплаты за предоставленные клетки, ткани или органы. Поощрения в виде "вознаграждений", обладающие денежной ценностью, которые могут быть переданы третьей стороне, не отличаются от денежных выплат.

Хотя наибольшие злоупотребления происходят в отношении доноров, предоставляющих свои органы при жизни, опасность возникает и в том случае, когда выплаты за клетки, ткани и органы производятся ближайшему родственнику умершего человека, поставщикам или посредникам, либо учреждениям (таким, как морги), осуществляющим хранение тел умерших. Финансовые компенсации таким лицам или учреждениям должны быть запрещены.

Данный принцип позволяет компенсировать связанные с донорством расходы (включая медицинские издержки и потерю дохода живым донором), с тем чтобы эти факторы не представляли для донора препятствия в осуществлении его намерений. До тех пор пока человеческий организм и его части, как таковые, не являются источником денежной наживы,

необходимость покрытия обоснованных расходов, связанных с поставкой и обеспечением безопасности, качества и эффективности продуктов человеческих клеток, тканей и органов для трансплантации, также признается.

Вызывают беспокойство стимулы, охватывающие важные статьи, которые в противном случае были бы донорам не по средствам, например медицинское обслуживание или покрытие медицинской страховки. Доступ к наивысшему возможному стандарту здоровья является важнейшим правом человека и не должен приобретаться в обмен на части тела. Тем не менее, живым донорам на законном основании могут периодически предоставляться бесплатные медицинские обследования, связанные с донорством, и страховка на случай смерти или осложнений, которые может повлечь за собой изъятие органов.

Органы здравоохранения должны содействовать развитию донорства, побудительным мотивом которого является потребность реципиента и польза для населения. Любые меры, направленные на развитие донорства, должны соблюдать человеческое достоинство донора и содействовать общественному признанию идеи необходимости бескорыстного подхода к предоставлению клеток, тканей и органов. В любом случае все меры, направленные на поощрение обеспечения поставок клеток, тканей и органов для трансплантации, должны устанавливаться органами здравоохранения в четкой форме и в условиях гласности.

Национальные правовые основы должны учитывать конкретные условия каждой страны, поскольку характер рисков для доноров и реципиентов различается по странам. Каждая правовая система будет определять конкретные пути и методы запретов, включая санкции, которые могут включать совместные действия с другими странами в регионе. Запрет на оплату предоставления клеток, тканей и органов должен касаться всех индивидуумов, включая реципиентов, которые пытаются обойти внутренние законы путем выезда на территории, где запреты на использование донорства в коммерческих целях не применяются.

Руководящий принцип 6

Содействие развитию безвозмездного донорства человеческих клеток, тканей или органов с использованием рекламы или обращения к общественности может осуществляться в соответствии с внутригосударственными нормами и правилами. Следует запретить рекламирование необходимости в клетках, тканях или органах или их наличия с целью предложения оплаты или с целью поиска средств для оплаты лиц за их клетки, ткани или органы, либо ближайшего родственника в случае умершего донора. Следует также запретить посредничество с осуществлением выплат таким лицам или третьей стороне.

Комментарий к Руководящему принципу 6

Данный принцип не затрагивает рекламные объявления или обращения к общественности общего характера, направленные на поощрение бескорыстного донорства человеческих клеток, тканей и органов, в том случае, если они не идут вразрез с созданными в правовом порядке системами распределения органов. Этот принцип направлен на запрещение предложений сделок в целях наживы, в том числе предложений о выплате донорам, ближайшему родственнику умершего человека, или другим сторонам, владеющим донорским материалом (например, сотрудникам похоронного бюро), за клетки, ткани или органы. Он направлен на коммерческих агентов и других посредников, равно как и непосредственно на покупателей.

Руководящий принцип 7

Врачам и другим профессиональным работникам здравоохранения не следует участвовать в процедурах пересадки органов, а медицинские страховщики и другие возможные плательщики не должны покрывать расходы, связанные с проведением этих процедур, в случае если клетки, ткани и органы для пересадки были получены в результате недобросовестного использования или принуждения, или оплаты услуг живого донора либо ближайшего родственника умершего донора.

Комментарий к Руководящему принципу 7

Специалистам здравоохранения следует осуществлять изъятие, промежуточную обработку или имплантацию клеток, тканей или органов только в случае, если эти материалы не были предметом купли-продажи, и донорство носило истинно добровольный характер. (В случае с живыми донорами обычно показано проведение социально-психологической оценки, как указано выше в Руководящем принципе 3). Невозможность обеспечить уверенность в том, что человек, давший согласие на донорство, не получил оплаты, не был подвергнут принуждению или недобросовестному использованию, нарушает профессиональные обязательства на проведение трансплантации. В этом случае следует получить санкцию соответствующих профессиональных организаций и правительственных лицензионных или регламентирующих органов.

Врачи и медицинские учреждения не должны направлять пациентов в учреждения трансплантологии в своей или какой-либо другой стране, которые используют клетки, ткани и органы с оплатой доноров, их семей или других поставщиков или посредников; в этом случае врачи и медицинские учреждения не могут также ожидать или получать за это оплату. В таких учреждениях пациентам, прошедшим процедуру трансплантации, может быть оказан послеоперационный уход, однако не следует применять профессиональных санкций к врачам, которые отказываются предоставлять такой уход, в том случае, если они направляют таких пациентов в какие-либо другие учреждения.

Медицинским страховщикам и другим плательщикам надлежит способствовать более жесткому соблюдению высоких этических норм путем отказа от оплаты операций по трансплантации, которые нарушают положения Руководящих принципов.

Руководящий принцип 8

Всем медицинским учреждениям и специалистам, связанным с процедурами поставки и трансплантации клеток, тканей или органов, следует запретить получать какую-либо оплату, превышающую обоснованный размер вознаграждения за оказанные услуги.

Комментарий к Руководящему принципу 8

Данное положение усиливает Руководящие принципы 5 и 7, утверждая запрещение использования изъятия и имплантации клеток, тканей и органов в целях наживы. Органам здравоохранения надлежит контролировать размеры гонораров за услуги трансплантации для исключения ситуации, при которой эти гонорары являются завуалированной формой взимания

вознаграждения непосредственно за клетки, ткани и органы. Все участвующие лица и учреждения должны быть подотчетны за все выплаты, связанные с услугами по трансплантации. В случае, если у практикующего врача или другого медицинского работника возникает сомнение относительно оправданности размера гонорара, до предложения или взимания оплаты ему следует обратиться за консультацией по этому вопросу в соответствующий лицензионный или профессиональный орган. Для сравнения могут использоваться размеры гонораров, которые взимаются за аналогичные услуги.

Руководящий принцип 9

При распределении органов, клеток и тканей следует руководствоваться клиническими критериями и этическими нормами, а не соображениями финансового или какого-либо другого характера. Правила распределения, которые устанавливаются надлежащим образом сформированными комитетами, должны быть справедливыми, оправданными с точки зрения внешних условий и транспарентными.

Комментарий к Руководящему принципу 9

Там, где предложение не соответствует клиническому спросу на человеческий материал для трансплантации, комитету, включающему экспертов по соответствующим медицинским дисциплинам, биоэтике и здравоохранению, следует определить критерии распределения на национальном или субрегиональном уровне. Применение междисциплинарного подхода необходимо для обеспечения такого положения вещей, при котором распределение учитывает не только медицинские факторы, но также и ценности, принятые в данном сообществе, и общие этические правила. Критерии распределения клеток, тканей или органов должны учитывать вопросы прав человека и, в частности, не должны основываться на факторах, связанных с полом, расовой принадлежностью, религиозными взглядами или экономическим состоянием реципиента.

Этот принцип подразумевает, что стоимость трансплантации и последующего ухода, включая иммуносупрессивное лечение, там, где это необходимо, должна быть доступна для всех заинтересованных пациентов, то есть ни один реципиент не должен быть исключен по финансовым соображениям.

Концепция транспарентности применима не только к процессу распределения, но является важной характеристикой всех аспектов трансплантации (обсуждение данного вопроса приводится ниже в комментарии к Руководящему принципу 11).

Руководящий принцип 10

Высококачественные, безопасные и эффективные процедуры представляют наиважнейшее значение как для доноров, так и для реципиентов. Как в отношении живого донора, так и реципиента следует проводить оценку отдаленных последствий изъятия клеток, тканей и органов и их трансплантации, с тем чтобы документировать пользу и вред.

Следует поддерживать и оптимизировать на постоянной основе уровень безопасности, эффективности и качества человеческих клеток, тканей и органов для трансплантации, которые являются медицинской продукцией столь исключительного характера. Для этого необходимо использовать системы обеспечения качества, включая такие аспекты, как отслеживаемость и бдительность, с сообщением о неблагоприятных событиях и реакциях как в отношении человеческого материала, используемого внутри страны, так и в отношении экспортируемой продукции.

Комментарий к Руководящему принципу 10

В целях оптимизации результатов трансплантации клеток, тканей и органов необходимо наладить процесс, основанный на определенных правилах, который охватывает клинические вмешательства и процедуры *ex vivo*, начиная с этапа отбора доноров до последующего наблюдения в отдаленные сроки. Под надзором национальных органов здравоохранения программы трансплантации должны осуществлять мониторинг как в отношении доноров, так и реципиентов с целью обеспечения надлежащей помощи, включая информирование о трансплантационной бригаде, которая отвечает за их обслуживание.

Оценка информации относительно отдаленных рисков и пользы очень важна для процесса получения согласия и для надлежащего сбалансирования интересов доноров и реципиентов. Для тех и других польза должна превосходить риски, связанные с предоставлением трансплантата и трансплантацией. Не следует позволять донорам проводить изъятие органов в клинически безнадежных ситуациях.

Программам донорства и трансплантации оказывается содействие в участии в национальных и/или международных реестрах доноров. О каких-либо отклонениях от принятых процедур, которые могли бы повысить риск для реципиентов или доноров, равно как и о каких-либо неблагоприятных последствиях донорства или трансплантации, следует сообщать в уполномоченные органы здравоохранения для проведения анализа.

При трансплантации человеческого материала в тех случаях, когда нет необходимости осуществлять поддерживающую терапию в посттрансплантационном периоде, может не требоваться проведение активного долгосрочного наблюдения, но следует обеспечить отслеживаемость в течение ожидаемого периода жизни донора и реципиента. Для обеспечения полноценного отслеживания необходимы согласованные на международном уровне способы кодирования в целях выявления тканей и клеток, используемых в трансплантации.

Руководящий принцип 11

Организация и осуществление мероприятий, связанных с донорством и трансплантацией, равно как и клинические результаты, должны быть транспарентными и открытыми для внимательного изучения при обеспечении личной анонимности и конфиденциальности доноров и реципиентов.

Комментарий к Руководящему принципу 11

Транспарентность в кратком виде можно определить как доступ общественности к регулярно обновляемым всеобъемлющим данным о процессах, в частности о распределении донорских материалов, о мероприятиях, связанных с трансплантацией, и о конечных результатах как для реципиентов, так и живых доноров, равно как и об организации, ресурсах и финансировании. Такая транспарентность не противоречит необходимости сокрытия от общественного доступа информации, которая могла бы выявить отдельных доноров или реципиентов, при этом все-таки сохраняя возможность для отслеживания, необходимость которого признается в Принципе 10. Целью системы должно являться не только обеспечение максимального количества данных для научных исследований и контроля со стороны правительства, но также выявление рисков и содействие внесению корректив для сведения к минимуму нанесения вреда донорам и реципиентам.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Финансовые и административные последствия для Секретариата резолюций, принятых Ассамблеей здравоохранения¹

1. Резолюция WHA 63.2 Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной территории Палестины, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах	
2. Связь с программным бюджетом	
Стратегическая цель: 5. Ослабление медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, катастроф, кризисов и конфликтов, а также сведение к минимуму их социальных и экономических последствий.	Ожидаемый результат для всей Организации: 5.3 Разработаны нормы и стандарты, создан потенциал, и государствам-членам оказывается техническая поддержка для оценки потребностей параллельно с планированием и осуществлением мероприятий в период перехода и восстановления после конфликтов и катастроф.
(Кратко указать связь с ожидаемыми результатами, общими показателями, целевыми показателями, базовым состоянием)	
Если резолюция будет полностью профинансирована и выполнена, то она окажет влияние на выполнение заданий по второму и третьему показателям ожидаемого результата.	
3. Бюджетные последствия	
(а) Общая расчетная стоимость осуществления резолюции в течение ее срока действия (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия).	
3 970 000 долл. США в течение одного года после принятия резолюции, включая расходы на персонал, поездки, учебные курсы, техническую помощь, медико-санитарное оснащение, безопасность и оперативное оборудование.	
Разбивка сметы расходов по пункту 4 постановляющей части выглядит следующим образом:	
Подпункт (1)	100 000 долл. США
Подпункт (2)	70 000 долл. США
Подпункт (3)	50 000 долл. США
Подпункт (4)	200 000 долл. США
Подпункт (5)	500 000 долл. США
Подпункт (6)	3 млн. долл. США
Подпункт (7)	50 000 долл. США
Итого	3 970 000
(б) Расчетная стоимость на двухгодичный период 2010-2011 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия и с указанием уровней Организации, на которых возникают расходы, и, в соответствующих случаях, конкретных регионов)	
3 970 000 долл. США (одногодичный срок действия).	

¹ В этом приложении содержатся только те документы, которые сопровождали проекты резолюций, опубликованные в ходе Ассамблеи здравоохранения.

<p>(с) Из расчетной стоимости, указанной в пункте (b), какую долю можно отнести к существующим программным мероприятиям на двухгодичный период 2010-2011 гг.? Семьдесят пять процентов от 3 970 000 долл. США в штаб-квартире, в регионе и в Иерусалимском бюро.</p>					
<p>4. Финансовые последствия</p> <p>Как будет финансироваться расчетная стоимость, указанная в подпункте 3(b) (указать потенциальные источники средств)?</p> <p>Процесс совместного призыва и добровольные взносы. Значительная часть этих средств была получена в качестве добровольных гуманитарных взносов на гуманитарные медико-санитарные нужды, на операции по спасению жизней, на восстановление функциональности нарушенных служб здравоохранения и на формирование Кластера здравоохранения под эгидой Межучрежденческого постоянного комитета.</p>					
<p>5. Административные последствия</p> <p>(a) Места осуществления (указать уровни Организации, на которых будет проводиться работа, и, в соответствующих случаях, конкретные регионы).</p> <p>Мероприятия будут осуществляться, главным образом, через бюро ВОЗ в Иерусалиме, которое занимается программой сотрудничества ВОЗ с органами Палестинской автономии. Работа ВОЗ в стране будет дополняться поддержкой со стороны Регионального бюро для стран Восточного Средиземноморья, а также со стороны кластеров в штаб-квартире, работающих в таких областях, как медико-санитарные действия в условиях кризиса, безопасность в области здравоохранения и здоровая окружающая среда.</p> <p>(b) Можно ли выполнить эту резолюцию с помощью существующего персонала? Если нет, просьба указать в подпункте (с) ниже.</p> <p>Будет необходимо сохранить после мая 2010 г. реальное присутствие в стране национальных и международных сотрудников, принятых на работу для осуществления гуманитарных медико-санитарных действий и мероприятий на оккупированной палестинской территории.</p> <p>(с) Дополнительные кадровые потребности (указать дополнительные кадровые потребности в пересчете на полный рабочий день с необходимой квалификацией).</p> <p>(d) Сроки (указать примерные сроки для осуществления и оценки)/</p> <p>Один год.</p>					
<p>1. Резолюция ВНА 63.14 Маркетинг пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированный на детей</p>					
<p>2. Связь с программным бюджетом</p> <table border="0"> <tr> <td>Стратегическая цель:</td><td>Ожидаемый результат для всей Организации:</td></tr> <tr> <td>6. Содействовать укреплению здоровья и развитию и предотвращать или сокращать факторы риска для здоровья, связанные с употреблением табака, алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ, нездоровым питанием, отсутствием физической активности и небезопасным сексом</td><td>6.5 Разработка основанных на фактических данных и учитывающих этические вопросы политических курсов, стратегий, рекомендаций, стандартов и руководящих принципов и оказание технической поддержки государствам-членам с высоким или растущим бременем болезней или смерти для укрепления учреждений, чтобы решать или предупреждать проблемы общественного здравоохранения, связанные с неправильным питанием и отсутствием физической активности.</td></tr> </table> <p>(Кратко указать связь с ожидаемыми результатами, общими показателями, целевыми показателями, базовым состоянием)</p>		Стратегическая цель:	Ожидаемый результат для всей Организации:	6. Содействовать укреплению здоровья и развитию и предотвращать или сокращать факторы риска для здоровья, связанные с употреблением табака, алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ, нездоровым питанием, отсутствием физической активности и небезопасным сексом	6.5 Разработка основанных на фактических данных и учитывающих этические вопросы политических курсов, стратегий, рекомендаций, стандартов и руководящих принципов и оказание технической поддержки государствам-членам с высоким или растущим бременем болезней или смерти для укрепления учреждений, чтобы решать или предупреждать проблемы общественного здравоохранения, связанные с неправильным питанием и отсутствием физической активности.
Стратегическая цель:	Ожидаемый результат для всей Организации:				
6. Содействовать укреплению здоровья и развитию и предотвращать или сокращать факторы риска для здоровья, связанные с употреблением табака, алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ, нездоровым питанием, отсутствием физической активности и небезопасным сексом	6.5 Разработка основанных на фактических данных и учитывающих этические вопросы политических курсов, стратегий, рекомендаций, стандартов и руководящих принципов и оказание технической поддержки государствам-членам с высоким или растущим бременем болезней или смерти для укрепления учреждений, чтобы решать или предупреждать проблемы общественного здравоохранения, связанные с неправильным питанием и отсутствием физической активности.				

Резолюция связана с указанным выше ожидаемым результатом и его показателями, в частности с количеством государств-членов, имеющих многосекторальные стратегии и планы в области здорового питания (показатель 6.5.1) и количеством технических пособий ВОЗ, помогающих государствам-членам пропагандировать здоровое питание (показатель 6.5.2). В резолюции предлагается поддержать ряд рекомендаций, направленных на уменьшение влияния маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированного на детей; резолюция также призывает государства-члены разрабатывать и/или укреплять меры по уменьшению влияния маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированного на детей, а также отслеживать выполнение рекомендаций. Резолюция предлагает Генеральному директору оказывать техническую поддержку государствам-членам в выполнении свода рекомендаций, а также в мониторинге и оценке их выполнения, поддерживать региональные сети и сотрудничать с другими международными межправительственными организациями и органами, с гражданским обществом и частными заинтересованными сторонами в выполнении свода рекомендаций. В резолюции также устанавливается срок отчетности перед Ассамблеей здравоохранения.

3. Бюджетные последствия

(а) Общая расчетная стоимость осуществления резолюции в течение ее срока действия (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия).

Срок действия резолюции оценивается в 10 лет (2010-2019 гг.) и охватывает два периода среднесрочных стратегических планов. Для Секретариата предположительная стоимость реализации Глобальной стратегии в течение предполагаемого 10-летнего периода в штаб-квартире, в региональных бюро и в соответствующих страновых бюро составляет 10 млн. долл. США. Кроме того, предполагается, что 55% этой суммы будет отнесено на текущий и будущий бюджеты.

(b) Расчетная стоимость на двухгодичный период 2010-2011 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия и с указанием уровней Организации, на которых возникают расходы, и, в соответствующих случаях, конкретных регионов)

В целом необходима сумма в 2 млн. долл. США, из которых 1 млн. долл. США потребуется для выполнения и отслеживания рекомендаций в регионах и странах.

(с) Из расчетной стоимости, указанной в пункте (b), какую долю можно отнести к существующим программным мероприятиям на двухгодичный период 2010-2011 гг.?

Не относится.

4. Финансовые последствия

Как будет финансироваться расчетная стоимость, указанная в подпункте 3(b) (указать потенциальные источники средств)?

Значительные усилия будут направлены на активную мобилизацию ресурсов, ибо это является одной из приоритетных областей, в особенности на первоначальной стадии выполнения резолюции.

5. Административные последствия

(а) Места осуществления (указать уровни Организации, на которых будет проводиться работа, и, в соответствующих случаях, конкретные регионы).

Нормативная работа будет в основном проводиться в штаб-квартире, но к выполнению и контролю будут также привлекаться региональные бюро и соответствующие страновые бюро.

(b) Можно ли выполнить эту резолюцию с помощью существующего персонала? Если нет, просьба указать в подпункте (с) ниже. Нет.

(с) Дополнительные кадровые потребности (указать дополнительные кадровые потребности в пересчете на полный рабочий день с необходимой квалификацией).

Два дополнительных сотрудника потребуются в штаб-квартире, один в категории специалистов, другой в категории общего обслуживания. Для нормативных разработок потребуется специалист по правовым аспектам пищевых продуктов с опытом правового регулирования.

(d) Сроки (указать примерные сроки для осуществления и оценки)

Установленные сроки - 2010-2019 гг., включая отчетность, увязанную с докладом о ходе работы в отношении глобальной стратегии по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними и сопутствующих планов действий. Первый доклад будет представлен через Исполнительный Комитет и его Сто тридцатую сессию на рассмотрение Шестьдесят пятой сессии Ассамблеи здравоохранения.

1. Резолюция WHA 63.19 Стратегия по ВИЧ/СПИДу на 2011-2015 гг.**2. Связь с программным бюджетом**

Стратегическая цель:

2. Вести борьбу против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии

Ожидаемый результат для всей Организации:

2.1 Руководства, политика, стратегия и другие средства, разработанные для профилактики, лечения и ухода в отношении пациентов с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией, включая новаторские подходы к расширению обслуживания среди бедных, труднодоступных и уязвимых групп населения.

(Кратко указать связь с ожидаемыми результатами, общими показателями, целевыми показателями, базовым состоянием)

Резолюция направлена на укрепление мероприятий, связанных с нижеследующим

- Разработка стратегии по ВИЧ/СПИДу на 2011-2015 гг., которая будет направлять деятельность ВОЗ в области нормативной работы, технической поддержки странам, стратегической информации и разъяснительно-пропагандистских мероприятий по пропаганде включения вопросов ВИЧ/СПИДа в программы здравоохранения и развития более широкого плана с целью достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем;
- Оказание поддержки странам в деле укрупнения комплексных и интегрированных программ по ВИЧ/СПИДу в целях достижения целей развития, согласованных в международном плане.

3. Бюджетные последствия**(а) Общая расчетная стоимость осуществления резолюции в течение ее срока действия (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия).**

Максимум 320 000 долл. США в том числе на:

- шесть региональных консультаций со странами и другими заинтересованными сторонами в рамках уже запланированных совещаний и консультационных механизмов (150 000 долл. США).
- консультации с гражданским обществом (70 000 долл. США)
- консультация со Стратегическим и техническим консультативным комитетом по ВИЧ/СПИДу (70 000 долл. США)
- консультации с другими стратегическими партнерами, включая другие организации системы Организации Объединенных Наций, доноров и партнеров по развитию (30 000 долл. США)

(b) Расчетная стоимость на двухгодичный период 2010-2011 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия и с указанием уровней Организации, на которых возникают расходы, и, в соответствующих случаях, конкретных регионов).

В течение двухлетнего периода 2010-2011 гг. сумма в 320 000 долл. США будет израсходована полностью.

(c) Из расчетной стоимости, указанной в пункте (b), какую долю можно отнести к существующим программным мероприятиям на двухгодичный период 2010-2011 гг.?

Полностью.

4. Финансовые последствия

Как будет финансироваться расчетная стоимость, указанная в подпункте 3(b) (указать потенциальные источники средств)?

Дополнительное финансирование предполагается провести за счет добровольных взносов.

5. Административные последствия

- (a) Места осуществления (указать уровни Организации, на которых будет проводиться работа, и, в соответствующих случаях, конкретные регионы).

Штаб-квартира ВОЗ будет возглавлять процесс разработки стратегии, работая совместно со всеми шестью региональными бюро.

- (b) Можно ли выполнить эту резолюцию с помощью существующего персонала? Если нет, просьба указать в подпункте (c) ниже.

Да.

- (c) Дополнительные кадровые потребности (указать дополнительные кадровые потребности в пересчете на полный рабочий день с необходимой квалификацией).

Дополнительных сотрудников не потребуется.

- (d) Сроки (указать примерные сроки для осуществления и оценки)

Процесс широких консультаций будет завершен к ноябрю 2010 г., то есть в тот момент, когда проект стратегии должен быть представлен на рассмотрение Исполнительного комитета на его Сто двадцать восьмой сессии в январе 2011 года.

- 1. Резолюция WHA63.28** Создание консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация

2. Связь с программным бюджетом

Стратегическая цель:

11. Обеспечивать улучшенный доступ, качество и использование продукции и технологий медицинского назначения.

Ожидаемый результат для всей Организации

11.1 Пропаганда и поддержка разработки и контроля за осуществлением комплексной национальной политики в области доступа к основной продукции и технологиям медицинского назначения, а также в области их качества и использования.

(Кратко указать связь с ожидаемыми результатами, общими показателями, целевыми показателями, базовым состоянием)

Резолюция связана с работой, направленной на содействие и осуществление глобальной стратегии и плана действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности.

3. Бюджетные последствия

- (a) Общая расчетная стоимость осуществления резолюции в течение ее срока действия (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия).

2 250 000 . долл. США. Сюда включены расходы на три совещания в штаб-квартире.

- (b) Расчетная стоимость на двухгодичный период 2010-2011 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия и с указанием уровней Организации, на которых возникают расходы, и, в соответствующих случаях, конкретных регионов)

Те же, что и в пункте 3(a).

- (c) Из расчетной стоимости, указанной в пункте (b), какую долю можно отнести к существующим программным мероприятиям на двухгодичный период 2010-2011 гг.?

Не относится.

4. Финансовые последствия

Как будет финансироваться расчетная стоимость, указанная в подпункте 3(b) (указать потенциальные источники средств)?

В настоящее время наличных средств не имеется. Финансирование будет осуществляться за счет добровольных взносов государств-членов.

5. Административные последствия

- (a) Места осуществления (указать уровни Организации, на которых будет проводиться работа, и, в соответствующих случаях, конкретные регионы).**

Штаб-квартира.

- (b) Можно ли выполнить эту резолюцию с помощью существующего персонала? Если нет, просьба указать в подпункте (c) ниже.**

Нет.

- (c) Дополнительные кадровые потребности (указать дополнительные кадровые потребности в пересчете на полный рабочий день с необходимой квалификацией).**

Один технический сотрудник категории Р4 и один помощник программы категории G5

- (d) Сроки (указать примерные сроки выполнения мероприятий)**

Один год.