



Доклады о ходе работы

Доклад Секретариата

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Неинфекционные заболевания	
A. Укрепление политики в области неинфекционных заболеваний для содействия активной старости (резолюция WHA65.3)	3
B. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя (резолюция WHA63.13)	4
C. Обеспечение устойчивой ликвидации нарушений, связанных с недостаточностью йода (резолюция WHA60.21)	8
Обеспечение готовности, эпиднадзор и ответные меры	
D. Укрепление национального потенциала управления в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий и устойчивости систем здравоохранения (резолюция WHA64.10)....	10
E. Изменение климата и здоровье (резолюция EB124.R5)	13
Инфекционные болезни	
F. Ликвидация дракункулеза (резолюция WHA64.16)	14
G. Ликвидация оспы: уничтожение запасов вируса натуральной оспы (резолюция WHA60.1)	16
Системы здравоохранения	
H. Безопасность пациентов (резолюция WHA55.18)	18
I. Питьевая вода, санитария и здоровье (резолюция WHA64.24)	21
J. Здоровье работающих: глобальный план действий (резолюция WHA60.26) ...	23

К.	Стратегия включения гендерного анализа и действий в работу ВОЗ (резолюция WHA60.25)	26
Л.	Прогресс в рациональном использовании лекарственных средств (резолюция WHA60.16)	28
М.	Стратегия исследований в области политики и систем здравоохранения.....	31

Неинфекционные заболевания

А. УКРЕПЛЕНИЕ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЛЯ СОДЕЙСТВИЯ АКТИВНОЙ СТАРОСТИ (резолюция WHA65.3)

1. На своей Сто тридцать второй сессии в январе 2013 г. Исполнительный комитет принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада о ходе работы¹.
2. В резолюции WHA65.3 Генеральному директору предлагается, в частности, оказывать поддержку государствам-членам в ряде областей, в том числе обратить особое внимание на многосекторальные подходы к обеспечению здоровой старости, комплексную помощь людям старшего возраста и поддержку лицам, оказывающим официальные и неофициальные социальные услуги.
3. В этой связи Секретариат приступил к осуществлению ряда инициативных проектов в целях повышения осведомленности в этих вопросах. Эти проекты включают стратегии развития социальных сетей, связанных с празднованием Всемирного дня здоровья 2012 г., например создание видеофильма «Крепкое здоровье продлевает жизнь», который на данный момент был просмотрен на веб-сайте ВОЗ более 50 000 раз. Глобальный информационный бюллетень, изданный по случаю Всемирного дня здоровья², в настоящее время доступен на всех шести официальных языках.
4. Поскольку информация о неинфекционных заболеваниях и старении в странах с низким и средним уровнем доходов ограничена, одним из важнейших первых шагов по обеспечению фактологической поддержки является устранение этих пробелов в знаниях. В этой связи ВОЗ приняла меры по организации крупнейшего «продольного» исследования по проблематике здоровья, которая охватывает более 90 000 пожилых людей в 11 странах: Бангладеш, Вьетнам, Гана, Индия, Индонезия, Кения, Китай, Мексика, Объединенная Республика Танзания, Российская Федерация и Южная Африка. Сейчас начата работа по анализу первого массива данных, собранных в ходе этого исследования, которая вместе с результатами, полученными ранее, поможет определить приоритетные направления дальнейших действий. Аналогичные исследования завершены в Испании, Польше и Финляндии, что позволит облегчить сопоставление с ситуацией в странах с высоким уровнем доходов.
5. В настоящее время ВОЗ разрабатывает техническую рекомендацию по различным аспектам профилактики неинфекционных заболеваний в пожилом возрасте и борьбы с ними. Чтобы снизить их распространенность, Секретариат сотрудничал с партнерами из академических учреждений в определении основанных на фактических данных стратегий для придания официального характера деятельности по укреплению здоровья ради обеспечения здорового старения. Она также разрабатывает техническое

¹ См. протокол пятнадцатого заседания Исполнительного комитета в ходе его Сто тридцать второй сессии, раздел 2.

² Документ WHO/DCO/WHD/2012.2.

руководство по основным вопросам комплексной медико-санитарной помощи в интересах пожилых людей, страдающих неинфекционными заболеваниями, а также оперативное руководство по оценке, ведению и поддержке зависимых пожилых людей со слабым здоровьем в неспециализированных медико-санитарных учреждениях в странах как с низким, так и средним уровнем доходов.

6. В целях разработки глобальной повестки дня по долгосрочной помощи в районах с развитой и менее развитой системой услуг ВОЗ планирует созвать совещание экспертов в начале 2013 года. В настоящее время готовится справочный документ по финансированию долгосрочной медицинской помощи.

7. Одним из важных механизмов поощрения многосекторальных подходов является Глобальная сеть ВОЗ «Города и сообщества, благоприятствующие людям пожилого возраста», которая оказывает поддержку муниципалитетам, желающим укрепить работу в целях содействия активной и здоровой старости. В настоящее время эта Сеть объединяет девять программ на национальном или региональном уровнях, в которых принимают участие более 105 отдельных городов и сообществ в 19 странах. Они включают такие крупные города, как Цицикар в Китае, Калькутта в Индии и Вашингтон (округ Колумбия), Чикаго и Нью-Йорк в Соединенных Штатах Америки, а также Ла-Плата в Аргентине, Тампере в Финляндии, Хайфа в Израиле, Акита в Японии, Кумертау в Российской Федерации и Любляна в Словении. Примером сельского сообщества, которое участвует в этой Сети, является Портаж-ла-Прери в Канаде. Мероприятия, которые были проведены в последнее время вместе с упомянутой выше Сетью, включают совещание по теме сельских и удаленных сообществ, благоприятствующих пожилым людям, и совещание экспертов по определению показателей для оценки и мониторинга условий, благоприятствующих людям пожилого возраста.

8. Поскольку *Доклад о состоянии здравоохранения в мире за 2014 г.* будет включать другие вопросы, Секретариат намерен завершить отдельный доклад по проблематике старения и здоровья в мире в начале 2015 г., который будет служить основой для разработки плана дальнейших действий.

В. ГЛОБАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ СОКРАЩЕНИЯ ВРЕДНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ (резолюция ВНА63.13)

9. В резолюции ВНА63.13 Ассамблея здравоохранения призвала государства-члены принять и осуществлять глобальную стратегию сокращения вредного употребления алкоголя. В ней также предлагалось Генеральному директору, в частности, сотрудничать с государствами-членами и оказывать им поддержку в осуществлении глобальной стратегии и укреплении национальных мер в ответ на проблемы общественного здравоохранения, вызываемые вредным употреблением алкоголя, и следить за ходом осуществления глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя. На своей Сто тридцать второй сессии в январе 2013 г. Исполнительный комитет принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада о ходе работы. По просьбе одного из государств-членов в доклад включена

дополнительная информация о работе целевых групп¹, а также обновленная информация по ряду стран, ведущих работу над национальной политикой в отношении алкоголя.

10. Секретариат издал и широко распространил текст глобальной стратегии вместе с текстом соответствующих резолюций WHA63.13, WHA61.4 и WHA58.26 на шести официальных языках ВОЗ. Утверждение глобальной стратегии дало стимул для разработки стратегий, планов действий и программной деятельности в регионах ВОЗ с акцентом на рекомендованные 10 целевых направлений и пять задач стратегии. Региональная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя была утверждена Региональным комитетом для стран Африки в 2010 году². Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг.³, согласованный с глобальной стратегией, был принят Европейским региональным комитетом в 2011 году⁴. В Регионе стран Америки план действий по осуществлению глобальной стратегии⁵ был утвержден Руководящим советом ПАОЗ (на 63-й сессии Регионального комитета для стран Америки)⁶.

11. С утверждением глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя растущее число стран включились в процесс разработки или пересмотра национальной политики в отношении алкоголя. Из 178 государств-членов, представивших информацию в Секретариат к декабрю 2012 г., 53 страны в настоящее время работают над документом национальной политики в отношении алкоголя и 39 пересматривают существующую политику сокращения вредного употребления алкоголя. Из 73 стран, располагающих документом с национальной политикой в отношении алкоголя, 37 имеют национальный план действий по ее осуществлению и в 22 странах национальная политика содержит письменную ссылку на глобальную стратегию сокращения вредного употребления алкоголя. Большинство государств-членов приняли нормативные положения по возрастным ограничениям для продажи алкогольных напитков: в отношении потребления по месту продажи (160 государств-членов) и вне торговой точки (158 государств-членов). Наиболее часто устанавливаемый возрастной предел составляет 18 лет в отношении напитков всех видов. В общей сложности 154 государства-члена установили в той или иной форме акцизы на пиво, вино или крепкие алкогольные напитки. Национальные системы мониторинга потребления алкоголя и его последствий для здоровья существуют, соответственно, в 54 и 53 государствах-членах.

¹ См. протокол пятнадцатого заседания Исполнительного комитета в ходе его Сто тридцать второй сессии, раздел 2.

² Резолюция AFR/RC60/R2.

³ Документ EUR/RC61/13.

⁴ Резолюция EUR/RC61/R4.

⁵ Документ CD51/8, Rev.1.

⁶ Резолюция CD51.R14.

12. Для укрепления сотрудничества с государствами-членами и содействия оказанию им поддержки была создана глобальная сеть национальных партнеров ВОЗ в целях осуществления глобальной стратегии. На первом совещании этой сети под эгидой ВОЗ в феврале 2011 г., где были представлены национальные партнеры из 126 государств-членов, были созданы рабочие механизмы, разработаны планы и определены приоритетные области осуществления глобальной стратегии. Секретариат оказал помощь в создании международных сетей на региональном уровне, поддержав сеть национальных партнеров в Европейском регионе и создав общеамериканскую сеть по борьбе с алкоголем и общественному здравоохранению в Регионе стран Америки и сеть национальных партнеров в Африканском регионе.

13. Секретариат тесно сотрудничал с государствами-членами, межправительственными организациями и основными партнерами системы Организации Объединенных Наций по продвижению многосекторальных действий, созданию национального потенциала, выявлению новых возможностей для создания партнерств, содействию эффективному и экономичному сокращению вредного употребления алкоголя в целях профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними и выполнению обязательств, включенных в Политическую декларацию Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними¹.

14. ВОЗ приняла участие в организации Глобальной конференции по политике в области борьбы с алкоголем «От глобальной стратегии по борьбе с алкоголем к действиям на национальном и местном уровнях» (Нонтхабури, Таиланд, 13-15 февраля 2012 г.), в которой приняли участие более 1000 человек из приблизительно 50 стран. Конференция явилась глобальным форумом для обмена опытом, создания новых партнерств для повышения осведомленности о проблемах для здоровья людей, которые обусловлены употреблением алкоголя, и пропагандирования осуществления глобальной стратегии на всех уровнях.

15. В настоящее время разрабатываются технические средства и учебные программы в поддержку действий на национальном уровне в соответствии с 10 целевыми направлениями, рекомендованными в глобальной стратегии. Секретариат поддержал проведение семинаров по созданию потенциала для разработки и осуществления противоалкогольной политики, которые были также увязаны с профилактикой неинфекционных заболеваний и борьбой с ними, для отдельных стран в Африканском регионе, Регионе стран Америки и регионах Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана. Четырем странам была оказана поддержка в создании Интернет-порталов по алкоголю и здоровью, включая меры самопомощи по Интернету в случае опасного и вредного употребления алкоголя. Разработаны техническое руководство и вспомогательные учебные материалы для выявления и ведения опасных нарушений, связанных с опасным и вредным употреблением алкоголя, в медико-санитарных службах. Это руководство было также включено в практическое руководство ВОЗ по осуществлению ее Глобальной программы действий в области охраны психического

¹ Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 66/2, Приложение.

здоровья (mhGAP)¹ и в технические средства ВОЗ по скринингу и кратковременным мерам вмешательства в случае токсикомании и связанных с ней нарушений².

16. Продолжается диалог с неправительственными организациями, профессиональными ассоциациями и субъектами экономической деятельности по возможным путям внесения ими вклада в сокращение вредного употребления алкоголя. Секретариат организовал ряд консультаций с неправительственными организациями и профессиональными ассоциациями, чтобы обсудить их участие в реализации глобальной стратегии, а также с субъектами экономической деятельности, являющимися разработчиками, производителями, распространителями, сбытовиками и продавцами алкогольных напитков, о способах сокращения связанного с алкоголем вреда.

17. Происходит улучшение генерирования и распространения знаний об употреблении алкоголя, предполагаемом вреде от его употребления и ответных мерах политики в государствах-членах благодаря совершенствованию механизмов сбора данных, анализа данных и распространения полученных выводов и содействию международным исследованиям по проблематике алкоголя и здоровья. Глобальная информационная система ВОЗ по алкоголю и здоровью получила дальнейшее развитие и была объединена вместе с региональными информационными системами по алкоголю и здоровью. Изданный в 2011 г. доклад ВОЗ *Global status report on alcohol and health* (Глобальный доклад ВОЗ о положении дел в области алкоголя и здоровья) содержит всесторонние данные об употреблении алкоголя, вреде от употребления алкоголя и ответным мерам политики на глобальном, региональном и страновом уровнях, включая описания ситуации в государствах-членах. В 2012 г. в сотрудничестве с государствами-членами было проведено глобальное обследование по алкоголю и здоровью, и собранные данные будут использованы для следующего обновления Глобального доклада о положении дел в области алкоголя и здоровья. Секретариат приступил к реализации глобальной научно-исследовательской инициативы по алкоголю, здоровью и развитию и поддерживает международные научные исследования в области вреда, причиняемого другим лицам, помимо тех, кто употребляет алкоголь, спектра функциональных нарушений у плода, обусловленных алкоголем, и взаимосвязей между вредным употреблением алкоголя и такими инфекционными заболеваниями, как ВИЧ-инфекция и туберкулез.

18. Для обеспечения эффективного сотрудничества между государствами-членами и Секретариатом в осуществлении глобальной стратегии были созданы координационный совет и четыре целевых группы в соответствии со следующими

¹ *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

² *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Manual for use in primary care*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.; *Brief Intervention. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in primary care*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.; *Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.; и *Global status report on alcohol and health*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 г., соответственно.

ключевыми элементами глобальных действий, намеченных в стратегии: информационно-разъяснительная деятельность и партнерство в области общественного здравоохранения; техническая поддержка и создание потенциала; формирование и распространение знаний и мобилизация ресурсов. Несмотря на усилия Секретариата по оказанию странам поддержки в мобилизации ресурсов и объединению имеющихся ресурсов для осуществления глобальной стратегии, их наличие на всех уровнях продолжает оставаться недостаточным с учетом масштабов бремени болезней, обусловленных употреблением алкоголя, и связанного с этим социального бремени.

С. ОБЕСПЕЧЕНИЕ УСТОЙЧИВОЙ ЛИКВИДАЦИИ НАРУШЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЙОДА (резолюция WHA60.21)

19. На своей Сто тридцать второй сессии в январе 2013 г. Исполнительный комитет принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада о ходе работы¹.

20. По имеющимся оценкам, доля детей школьного возраста, у которых отмечается недостаточность йода, на глобальном уровне составляет 29,8% (241 миллион), что свидетельствует о некотором улучшении по сравнению с 2007 г.: 31,5% (266 миллионов) и в 2003 г.: 36,5% (285 миллионов)². Около 76 миллионов из указанного выше 241 миллиона детей проживают в Регионе Юго-Восточной Азии и 58 миллионов - в Африканском регионе. По оценкам, недостаточный прием йода отмечается в 32 странах (снижение с 47 в 2007 г.); в 69 странах отмечается недостаточный прием (повышение с 49 в 2007 г.); в 36 странах прием йода превышает рекомендованный уровень (повышение с 27 в 2007 г.); и в 11 странах отмечается чрезмерный прием йода (повышение с 7 в 2007 г.). Достаточный уровень йода в питании детей школьного возраста или небеременных женщин нельзя рассматривать в качестве показателя, указывающего на достаточное содержание йода в питании среди беременных женщин, однако данные о распространенности недостаточности йода во время беременности, которые представлены большинством стран, недостаточны³.

Стратегия борьбы

21. Предпочтительной стратегией борьбы с нарушениями, обусловленными недостаточностью йода, остается йодирование соли. Данные о приеме йодированной соли населением обобщаются ежегодно ЮНИСЕФ в его ежегодных докладах о положении детей в мире. В соответствии с докладом за 2012 г.⁴, в котором, главным

¹ См. протокол пятнадцатого заседания Исполнительного комитета в ходе его Сто тридцать второй сессии, раздел 2.

² *Iodine status worldwide. WHO global database on iodine deficiency*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.

³ Wong EM, Sullivan KM, Perrine CG, Rogers L, Peña-Rosas JP. Comparison of iodine status between pregnant women, school-age children, and non-pregnant women. *Food and Nutrition Bulletin*, 2011, **32**(3):206-212.

⁴ *The state of the world's children 2012: children in an urban world*. New York, United Nations Children's Fund, 2012 (<http://www.unicef.org/sowc2012/index.php>).

образом, приведены данные за период 2006–2010 гг., число стран, в которых доля семей, имеющих доступ к в достаточной степени йодированной соли на уровне не менее 90%, снизилось до 23 с 33 в 2008 г.¹ (данные за 2000–2006 гг.) и 28 в 2004 г.² (данные за 1997–2002 гг.). Это снижение может отражать более низкое число обследований, касающихся употребления йодированной соли, на уровне стран (102 против 123 в 2008 г. и 117 в 2004 г.). Вместе с тем, по оценкам, 71% семей в мире имеет доступ к адекватно йодированной соли.

22. Странам следует и впредь признавать важность йодированной соли в своей работе по снижению совокупного приема соли. Нынешний рекомендуемый уровень добавления йода в соль (20–40 промилле) должен быть скорректирован национальными органами с учетом их собственных данных о приеме соли, содержащейся в продуктах питания, и средней концентрации йода в моче на уровне населения. В целях поддержки этой работы ВОЗ проводит в настоящее время два систематических обзора, касающихся употребления йодированной соли, в целях профилактики нарушений, обусловленных недостаточностью йода и воздействием снижения приема натрия на кровяное давление, работу почек и концентрацию липидов в крови.

23. Одним из вариантов борьбы с нарушениями, обусловленными недостаточностью йода, является использование добавок йода, особенно в случае таких уязвимых групп, как беременные женщины и дети раннего возраста, проживающие в общинах высокого риска, которые вряд ли могут иметь доступ к йодированной соли³, или в качестве временной стратегии в тех случаях, когда работа по йодированию соли осуществляется на недостаточном уровне. ВОЗ систематически анализирует последствия приема добавок соли для женщин во время беременности и грудного вскармливания.

24. В целях обеспечения эффективности и безопасности мер вмешательства исключительно важное значение приобретают мониторинг и оценка последствий программ борьбы с нарушениями, обусловленными недостаточностью соли. В 2007 г. были опубликованы руководящие принципы, касающиеся показателей оценки и мониторинга этих программ⁴. Для укрепления этого процесса ВОЗ вместе с Центрами Соединенных Штатов Америки по профилактике болезней и борьбе с ними опубликовала в 2011 г. логическую модель медико-санитарных мероприятий, предусматривающих добавки питательных микроэлементов, которую можно использовать для описания достоверной связи между приемом йода и последствиями

¹ *The state of the world's children 2008: women and children – child survival*. New York, United Nations Children's Fund, 2008.

² *The state of the world's children 2004. Girls, education and development*. New York, United Nations Children's Fund, 2004.

³ World Health Organization, United Nations Children's Fund. Joint Statement: Reaching optimal iodine nutrition in pregnant and lactating women and young children. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 г.

⁴ *Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers*. 3rd edition. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 г.

таких мероприятий для достижения Целей тысячелетия в области развития¹. Государства-члены могут адаптировать эту модель в порядке постоянного повышения качества цикла планирования, измерения эффективности или оценки.

25. Одним из событий, которое позволит укрепить работу по выполнению этой резолюции, является недавнее создание Международного совета Глобальной сети по борьбе с нарушениями, обусловленными недостаточностью йода (ИССИДД), посредством укрепления Сети устойчивой ликвидации недостаточности йода и Международного совета по борьбе с нарушениями, обусловленными недостаточностью йода. Этот новый орган поддерживает работу на национальном уровне в целях ускорения ликвидации нарушений, обусловленных недостаточностью йода, посредством расширения сотрудничества между государственным и частным секторами и научными и гражданскими организациями.

Обеспечение готовности, эпиднадзор и ответные меры

D. УКРЕПЛЕНИЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА УПРАВЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СЛУЧАЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ И СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ И УСТОЙЧИВОСТИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (резолюция WHA64.10)

26. На своей Сто тридцать второй сессии в январе 2013 г. Исполнительный комитет принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада о ходе работы².

27. В 2011 г. Шестидесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в своей резолюции WHA64.10 настоятельно рекомендовала государствам-членам, в частности, укреплять программы управления рисками и всеми видами опасности в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий; призвала государства-члены, доноров и партнеров по сотрудничеству выделять достаточные ресурсы для этих целей; и предложила Генеральному директору, в частности, обеспечить, чтобы ВОЗ укрепляла потенциал в вопросах необходимого технического руководства и поддержки.

28. С 2011 г. государства-члены продолжали укреплять национальный потенциал по управлению рисками в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций как по линии Международных медико-санитарных правил (2005 г.), так и по линии конкретных программ в следующих областях: стихийные бедствия, инфекционные заболевания, химическая безопасность, безопасность пищевых продуктов, радиация, массовые мероприятия и изменчивость и изменение климата. В 2011 г. более 130 государств-членов сообщили о разработке национальных планов по обеспечению готовности в случае чрезвычайных ситуаций, а 46 государств-членов – о том, что они имеют действующие программы по снижению уязвимости медико-санитарных учреждений. По состоянию на 1 ноября 2012 г. 40 государств-участников

¹ Документ WHO/NMH/NHD/MNM/11.5.

² См. протокол пятнадцатого заседания Исполнительного комитета в ходе его Сто тридцать второй сессии, раздел 2.

Международных медико-санитарных правил (2005 г.) сообщили о том, что они создали необходимые основные возможности¹.

29. В 2012 г. вопрос управления рисками в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий был включен в повестку дня региональных комитетов для стран Африки, Америки, Юго-Восточной Азии и Восточного Средиземноморья; в частности, Региональный комитет для стран Африки принял резолюцию по Африканской региональной стратегии управления рисками в случае стихийных бедствий². Кроме того, все регионы ВОЗ осуществляют стратегии по укреплению национального потенциала управления рисками в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций. В 2014 г. ВОЗ опубликует глобальный доклад о состоянии национального потенциала управления рисками в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий.

30. Хотя фактические данные, подтверждающие инвестирование ресурсов в работу по предупреждению и обеспечению готовности, продолжают накапливаться³, все же на работу по обеспечению готовности до сих пор выделяется менее 5% средств, предназначенных на оказание гуманитарной помощи⁴. В 20 странах, которые получают самый большой объем гуманитарной помощи, из каждых выделенных 100 долл. США на обеспечение готовности приходится лишь 62 цента. Последствия такого дефицита инвестиций со всей очевидностью проявились в ходе недавних кризисов в области продовольственной безопасности в странах Африканского Рога и Сахеля; в регионе Сахеля эта проблема носила еще более острый характер в силу недостаточного финансирования сектора здравоохранения, который был профинансирован только на уровне 21% от его потребностей.

31. Секретариат оказывал поддержку государствам-членам всех регионов в оценке национального потенциала управления рисками в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций и соответствующих планов действий и оказывал помощь в повышении безопасности больниц в более чем 40 странах. В целях облегчения работы по оценке рисков на уровне стран были разработаны региональные атласы опасности для регионов: Африканского, Европейского и Восточного Средиземноморья. Такие оценки, как те, которые были проведены в случае землетрясения в Гаити⁵ и в

¹ См. документ EB132/15.

² См. резолюцию AFR/62/R1 по Африканскому региону, резолюцию CSP28.R19 по Региону стран Америки, резолюцию EM/RC59/R.4 по Региону Восточного Средиземноморья океана и документ SEA/RC65/9 по Региону Юго-Восточной Азии.

³ *Natural hazards, unnatural disasters: the economics of effective prevention*. World Bank and United Nations, Washington, DC, 2010.

⁴ См. второй доклад по отслеживанию ситуации, подготовленный для целевой группы по готовности к финансированию при Межучрежденческом постоянном комитете ООН. Доступен по адресу: <http://www.devinit.org/wp-content/uploads/Emergency-preparedness-study-tracking-report-2-for-FAO-on-behalf-of-the-IASC.doc> (по состоянию на 12 ноября 2012 г.).

⁵ *Health response to the earthquake in Haiti: January 2010: Lessons to be learned for the next massive sudden-onset disaster*. Pan American Health Organization, Washington DC, 2011.

Африканском Роге, включаются в региональные и национальные концепции управления рисками в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций. ВОЗ продолжает отстаивать интересы здравоохранения на межсекторальных форумах. В 2011 г. глобальной платформой по сокращению риска стихийных бедствий было указано на приоритетность действий по обеспечению безопасности больниц, в связи с чем здравоохранение было включено в региональные стратегии для Африки, арабских государств, Азии и Америки в рамках системы Международной стратегии уменьшения опасности стихийных бедствий. В 2012 г. компонент управления рисками в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций был включен в материалы, подготовленные ВОЗ для рассмотрения на Конференции Организации Объединенных Наций по устойчивому развитию «Рио+20» (Рио-де-Жанейро, Бразилия, 20-22 июня 2012 г.) и, в сотрудничестве с ВМО, - для механизма Глобальной рамочной основы для климатического обслуживания.

32. Дальнейшая работа Секретариата по программе реформы ВОЗ способствует укреплению сотрудничества по управлению рисками в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий на всех уровнях Организации по всем опасностям и техническим областям, таким как психическое здоровье, инвалидность и репродуктивное здоровье. Мероприятия по созданию потенциала, связанные с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.), и управлению рисками в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций постоянно согласуются на региональном и страновом уровнях. Самый важный момент заключается в том, что в настоящее время разрабатывается новая рамочная программа управления всеми рисками в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций, которая будет служить в качестве основы для: (i) разработки руководящих принципов проведения соответствующей политики, оценок, планирования, разработки и осуществления; (ii) определения приоритетности работы ВОЗ в этой области; и (iii) мониторинга потенциала управления рисками в случае чрезвычайных ситуаций и соответствующей деятельности на национальном и международном уровнях.

33. Вместе с тем, необходимо вести постоянную работу в целях создания более надежных партнерств по управлению рисками в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций на национальном и международном уровнях; обеспечения того, чтобы компонент управления рисками в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций признавался в качестве одной из основных функций общественного здравоохранения и включался в многосекторальные стратегии и планы управления рисками в чрезвычайных ситуациях; устранения дефицита опыта в этой области; и увеличения инвестиций в создание необходимых основных возможностей во всех странах.

Е. ИЗМЕНЕНИЕ КЛИМАТА И ЗДОРОВЬЕ (резолюция EB124.R5)

34. На своей Сто тридцать второй сессии в январе 2013 г. Исполнительный комитет принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада о ходе работы¹.

35. Информационно-пропагандистская работа и повышение осведомленности. Секретариат сотрудничал с государствами-членами в целях привлечения их внимания к важности компонента здоровья в политике, касающейся изменения климата и устойчивого развития. Секретариат в сотрудничестве с ВМО подготовил «Атлас по проблематике здоровья и климата», который был представлен Генеральным директором и Генеральным секретарем ВМО на внеочередном конгрессе ВМО (Женева, 29-31 октября 2012 г.). Он также опубликовал в июне 2012 г., в сотрудничестве с секретариатами соответствующих конвенций, дискуссионный документ на тему «Наша планета, наше здоровье, наше будущее – здоровье людей и конвенции Рио: Биологическое разнообразие, изменение климата и опустынивание». Организация в последнее время координирует работу серии глобальных веб-семинаров из шести частей по проблематике здоровья и изменения климата.

36. Партнерство с организациями системы Организации Объединенных Наций и другими сторонами. ВОЗ подготовила прогнозы в области здравоохранения в порядке вклада в работу следующих органов Организации Объединенных Наций, занимающихся проблематикой изменения климата: Координационного совета руководителей и его Комитета высокого уровня по программам, Конференции Сторон Рамочной конвенции Организации Объединенных Наций по изменению климата и ее соответствующих совещаний по программным и техническим вопросам и Целевой группы Комитета высокого уровня по программам. Организация работает с Секретариатом Рамочной конвенции и группой экспертов по наименее развитым странам в целях подготовки нового руководства по разработке медико-санитарных компонентов национальных планов адаптации. Секретариат обновил результаты аудита «углеродного следа» отдельных бюро ВОЗ в качестве части инициативы «Экологизация под флагом Организации Объединенных Наций».

37. Расширение и поддержка работы по созданию базы научных данных. Сотрудники Секретариата оказывают помощь авторам и рецензентам предстоящего Пятого доклада об оценке, который готовится Межправительственной группой по изменению климата. Эта оценка, как и прежде, касается возможных преимуществ стратегий сокращения выбросов парниковых газов для здоровья людей и предусматривает подготовку новых докладов по сектору здравоохранения (в процессе подготовки) и последствий для здоровья «сажистого углерода»², который является, с одной стороны, одним из важных загрязнителей, а с другой, существенным фактором потепления климата. ВОЗ работает с ВМО на глобальном и региональном уровнях по

¹ См. протокол пятнадцатого заседания Исполнительного комитета в ходе его Сто тридцать второй сессии, раздел 2.

² Janssen NAH, Gerlofs-Nijland ME, Lanki T et al. *Health effects of carbon black*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.

разработке плана реализации на практике компонентов здравоохранения для новой глобальной рамочной основы для климатического обслуживания¹.

38. Укрепление систем здравоохранения в целях защиты населения от неблагоприятного воздействия изменения климата на здоровье людей.

Секретариат разработал новую оперативную систему охраны здоровья людей в условиях изменения климата в Регионе Юго-Восточной Азии и продолжал проводить мониторинг и оказывать поддержку в осуществлении существующих систем в остальных пяти регионах ВОЗ. Секретариат завершил работу по оценкам уязвимости здоровья и соответствующих потребностей в адаптации в более чем 30 странах во всех регионах. Он завершил второй год реализации глобального экспериментального проекта в семи странах по адаптации здравоохранения к изменению климата (в Барбадосе, Бутане, Иордании, Кении, Китае, Узбекистане и Фиджи), третий и последний год региональных проектов в Центральной Азии и восточной Европе (в Албании, бывшей югославской Республике Македонии, Казахстане, Кыргызстане, Российской Федерации, Таджикистане и Узбекистане) и страновые проекты, осуществляемые в сотрудничестве с Организацией Объединенных Наций в Иордании, Китае и на Филиппинах. Проекты по изменению климата и инфекционным заболеваниям осуществляются уже второй год в Камбодже, Монголии и Папуа-Новой Гвинее. Секретариат поддерживает эту деятельность по линии программы наращивания потенциала, включая предоставление учебных материалов, базу данных о национальном опыте, руководство по доступу к источникам финансирования и услуги координационного центра существующих проектов по адаптации систем общественного здравоохранения.

Дальнейший прогресс

39. На параллельном мероприятии высокого уровня в ходе 18-й сессии Конференции Сторон Рамочной конвенции Организации Объединенных Наций по изменению климата (которая была проведена в Дохе 26 ноября – 7 декабря 2012 г.) были обсуждены потенциальные институциональные меры по дальнейшему расширению и активизации участия соответствующих субъектов, занимающихся проблематикой изменения климата и здоровья.

40. Поскольку нынешний план ВОЗ по изменению климата и здравоохранению должен быть выполнен в сроки, соответствующие Среднесрочному стратегическому плану на 2008–2013 гг., государства-члены могут, при желании, сформулировать руководящие указания по разработке рабочего плана на период 2014–2019 годов.

Инфекционные болезни

Е. ЛИКВИДАЦИЯ ДРАКУНКУЛЕЗА (резолюция WHA64.16)

41. В соответствии с резолюцией WHA64.16, предлагающей представлять доклад о ходе работы на ежегодной основе, в настоящий доклад включена обновленная

¹ http://www.wmo.int/pages/gfcs/index_en.php.

информация о ликвидации дракункулеза. На своей Сто тридцать второй сессии в январе 2013 г. Исполнительный комитет принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада о ходе работы¹. В ходе обсуждения этого пункта было объявлено, что в доклад для Ассамблеи здравоохранения будут включены самые последние данные о числе случаев заболевания за весь календарный год.

42. После восьмого совещания Международной комиссии по сертификации ликвидации дракункулеза (Женева, 29 ноября – 1 декабря 2011 г.) 192 страны, территории и зоны были сертифицированы в качестве избавившихся от передачи дракункулеза. По состоянию на 1 января 2013 г. остается 14 государств-членов, которые должны быть сертифицированы: четыре эндемичные страны (Чад, Эфиопия, Мали и Южный Судан), шесть стран, находящихся на стадии, предшествующей сертификации (Кот-д’Ивуар, Гана, Кения, Нигер, Нигерия и Судан), и четыре страны, которые не сообщили ни об одном случае этой болезни за последнее время (Ангола, Демократическая Республика Конго, Сомали и Южная Африка). Основной проблемой ликвидации дракункулеза остается прекращение передачи в четырех странах, которые остаются эндемичными по этой болезни.

43. Продолжается прогресс в направлении ликвидации дракункулеза: к концу 2012 г. в 272 сельских населенных пунктах было зарегистрировано в общей сложности 542 новых случая заболевания, включая три случая заболевания, завезенных из Мали в Нигер. Это на 49% меньше по сравнению с числом новых случаев заболевания, зарегистрированных в 2011 году.

44. **Чад.** Вспышка болезни продолжается уже третий год – в 2012 г. в девяти сельских населенных пунктах было зарегистрировано 10 новых местных случаев заболевания. В 2011 г. случаи заболевания были также зарегистрированы только в двух из этих сельских населенных пунктов; однако было изолировано только четыре случая. В настоящее время осуществляются меры по прекращению передачи, и в 2012 г. активный эпиднадзор проводился в 710 сельских населенных пунктах. Из девяти населенных пунктов, в которых были зарегистрированы случаи заболевания в 2012 г., пять не имеют ни одного улучшенного источника питьевой воды.

45. **Эфиопия.** В 2011 г. было зарегистрировано шесть местных случаев заболевания в трех сельских населенных пунктах и два случая, завезенных из Южного Судана. Хотя, по сообщениям, в 2011 г. местные случаи были изолированы, передача, по-видимому, продолжалась, в результате чего в 2012 г. было зарегистрировано четыре случая заболевания в четырех населенных пунктах – по два в округах Гог и Абобо. Удалось установить, что источником передачи трех этих случаев в трех различных селениях является селение Утую в округе Гог. Установлено, что из этих случаев один местный случай заболевания исходит из селения Утую, и к двум завезенным случаям причастны селение Утую и окрестные леса. Еще один случай был зарегистрирован в селении Ума в округе Абобо. Из этих четырех случаев два, по сообщениям, были изолированы; из четырех селений, где были зарегистрированы случаи заболевания в

¹ См. протокол пятнадцатого заседания Исполнительного комитета в ходе его Сто тридцать второй сессии, раздел 2.

2012 г., одно не располагает никакими улучшенными источниками питьевой воды. Из-за отсутствия безопасности в последнее время в округе Пибор Южного Судана жители пересекли границу и перебрались в лагеря в Эфиопии. В настоящее время Эфиопская программа ликвидации дракункулеза активизирует мероприятия по эпиднадзору в граничащих с Южным Суданом зонах.

46. **Мали** остается единственной страной Западной Африки, где продолжается передача дракункулеза. В 2012 г. было зарегистрировано четыре случая в трех сельских населенных пунктах против 12, зарегистрированных в шести сельских населенных пунктах в 2011 г.: по одному случаю в районах Сегу и Мопти и два случая в Кидале. По сообщениям, был изолирован только один случай. В одном из трех сельских населенных пунктов, где в 2012 г. были зарегистрированы случаи инфицирования, нет ни одного улучшенного источника питьевой воды. В связи с беспокойной обстановкой национальная программа работает в двух районах (Гао и Тимбукту) не в полную силу и была не в состоянии проводить какие бы то ни было мероприятия в районе Кидала или даже проверить два зарегистрированных случая. Работа по эпиднадзору активизирована в малийских лагерях беженцев в Буркина-Фасо, Мавритании и Нигере в попытке предотвратить дальнейшее распространение этой болезни. Члены гуманитарных миссий, направленных министерством здравоохранения и его партнерами в северные районы страны, были ориентированы на проведение эпиднадзора за этой болезнью. В сентябре 2012 г. в Нигере было зарегистрировано три случая, которые, как предполагается, были завезены из Мали.

47. На **Южный Судан** приходится 96% всех случаев заболевания дракункулезом, зарегистрированных в 2012 году. В 2012 г. был зарегистрирован в общей сложности 521 новый случай в 255 сельских населенных пунктах, включая 89, где были зарегистрированы местные случаи. По сравнению с 2011 г. число новых случаев сократилось на 49%. Из этих случаев 64% было изолировано. Из общего числа новых случаев, зарегистрированных в 2012 г., 420 (81%) приходится на восточный район Капоэта в штате Восточная Экватория. В 2012 г. 55 из 167 сельских населенных пунктов, эндемичных по дракункулезу (33%), располагали одним или более улучшенными источниками питьевой воды, тогда как в восточном районе Капоэта доступ к улучшенным источникам питьевой воды имели только 20 из 104 эндемичных сельских населенных пунктов (19%).

G. ЛИКВИДАЦИЯ ОСПЫ: УНИЧТОЖЕНИЕ ЗАПАСОВ ВИРУСА НАТУРАЛЬНОЙ ОСПЫ (резолюция WHA60.1)

48. На своей Сто тридцать второй сессии в январе 2013 г. Исполнительный комитет принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада о ходе работы¹.

49. В настоящем докладе обобщены итоги четырнадцатого совещания Консультативного комитета ВОЗ по исследованиям вируса натуральной оспы (Женева,

¹ См. протокол пятнадцатого заседания Исполнительного комитета на его Сто тридцать второй сессии, раздел 2.

16 и 17 сентября 2012 г.) и содержится описание соответствующей работы, проделанной Секретариатом.

50. Консультативный комитет отметил, что работа в рамках санкционированной программы исследований вируса натуральной оспы осуществлялась под его надзором. С начала 2012 г. его научный подкомитет утвердил девять проектов¹. Консультативный комитет был проинформирован об обновлении членского состава его научного подкомитета.

51. Консультативный комитет получил доклады о коллекции вирусов, находящейся в двух Сотрудничающих центрах ВОЗ, уполномоченных быть хранилищами вируса натуральной оспы: Российском государственном научно-исследовательском центре вирусологии и биотехнологии (Кольцово, Российская Федерация) и Центрах борьбы с болезнями и профилактики болезней (Атланта, Джорджия, Соединенные Штаты Америки).

52. Консультативный комитет получил также обновленную информацию от трех фармацевтических компаний о вакцинах-кандидатах и противовирусных средствах, которые наиболее близки к лицензированию. Представленная информация включает данные по эффективности, безопасности, стабильности и крупным производственным мощностям. Продолжается работа над исследованиями, которые необходимы, чтобы удовлетворить требованиям возможного утверждения регулирующими органами.

53. В рамках процесса организации лабораторной сети для диагностирования оспы и других ортопоксвирусных инфекций штаб-квартира и региональные бюро выявляют существующие диагностические лаборатории с надлежащими возможностями. В настоящее время на основе имеющихся диагностических тестов дорабатывается диагностический тест конкретно на вирус натуральной оспы, который позволит отличать вирус натуральной оспы от других ортопоксвирусов.

54. Оба уполномоченных хранилища вируса натуральной оспы инспектировались в 2012 г., и окончательные доклады об этих проверках соблюдения биобезопасности будут помещены на веб-сайте ВОЗ. Использованный протокол соответствует Стандарту на управление биорисками в лабораториях CWA 15793:2008 Европейского комитета по стандартизации и отражает 16 элементов управления лабораторными биорисками. Посещения с целью инспектирования биобезопасности, осуществленные в 2012 г., подтвердили, что этот подход позволяет эффективно инспектировать хранилища, облегчая гарантирование более широкому сообществу того, что эта крайне важная работа осуществляется безопасно и надежно в соответствии с самыми высокими стандартами в отношении биобезопасности и биозащиты.

55. Продолжается работа над оперативным механизмом обеспечения доступа к чрезвычайному запасу противооспенной вакцины в порядке реагирования на какое-либо событие, связанное с оспой. Этот механизм включает правовые соображения в

¹ Доклад о четырнадцатом совещании Консультативного комитета ВОЗ по исследованиям вируса натуральной оспы, в печати.

отношении безвозмездной передачи вакцин от оспы, стандартные оперативные процедуры для стран, безвозмездно передающих вакцину, а также стран-получателей вакцины, логистические требования и бланк заявки на вакцину с условиями безвозмездной передачи и получения вакцин от оспы. Секретариат инициировал обсуждения с национальными регулятивными учреждениями стран-доноров вакцины с целью создать регулятивный механизм в отношении вакцин от оспы.

56. Секретариат намерен провести в 2013 г. совещание Специального комитета по ортопоксвирусным инфекциям, чтобы пересмотреть состав и размеры запаса противооспенной вакцины, необходимого для поддержания чрезвычайных ответных мер ВОЗ на возможную вспышку оспы в будущем.

Системы здравоохранения

Н. БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ (резолюция WHA55.18)

57. На своей Сто тридцать второй сессии в январе 2013 г. Исполнительный комитет принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада о ходе работы¹.

58. В ответ на резолюцию WHA55.18 о качестве медико-санитарной помощи и безопасности пациентов Секретариат создал в 2004 г. Всемирный альянс за безопасность пациентов, который был переименован в 2009 г. в Программу ВОЗ за безопасность пациентов. С 2004 г. работа Секретариата оказывает существенное воздействие на решение проблем небезопасного оказания медицинской помощи во всем мире.

59. **Глобальные проблемы, связанные с безопасностью пациентов**, существенно активизировали международные усилия по укреплению политики и системы оказания медицинской помощи. Первая задача (**чистая помощь – это более безопасная помощь**) имела целью привлечь к решению этой задачи провайдеров медико-санитарных услуг во всем мире в целях снижения уровня инфицирования, связанного с оказанием медицинской помощи, главным образом посредством улучшения гигиены рук. С 2005 г., когда была поставлена эта глобальная задача, ее решением стали заниматься 129 государств-членов. В настоящее время 15 000 больниц применяют руководящие принципы и методы ВОЗ по улучшению гигиены рук.

60. Что касается второй задачи (**безопасная хирургия спасает жизнь людей**), то Секретариат разработал в 2008 г. Контрольный список ВОЗ по безопасности хирургических операций. Этот Контрольный список был принят 700 организациями и в настоящее время применяется приблизительно в 2000 больниц в мире. С учетом успеха, которым пользовался этот Контрольный список по безопасности хирургических операций, Секретариат разработал в целях снижения риска, связанного с родами, еще один список – Контрольный список ВОЗ по безопасным родам.

¹ См. протокол пятнадцатого заседания Исполнительного комитета в ходе его Сто тридцать второй сессии, раздел 2.

61. В целях укрепления научной базы данных, которая лежит в основе этого вопроса, Секретариат содействовал **научным исследованиям в области безопасности пациентов**. С помощью соответствующих экспертов был составлен перечень приоритетов в научно-исследовательской работе; исследования, проведенные в 13 государствах-членах, позволили сделать вывод о том, что высокая степень риска, связанного с безопасностью медицинской помощи, существует в развивающихся странах. В этой связи Секретариат провел работу по оценке глобального бремени небезопасной медицинской помощи, создал соответствующую схему финансирования научных исследований, в которой приняли участие 24 группы в 22 странах, и разработал онлайн-средства и программу профессиональной подготовки по проблематике научно-исследовательской работы в области безопасности пациентов.

62. Секретариат разработал глобальные стандарты, протоколы и руководящие принципы, касающиеся безопасной клинической практики, с целью снижения уровня инфицирования через кровотоки в результате использования катетера, неправильного выбора места операции, нарушения правил безопасности при использовании концентрированных инъекционных материалов и слабой связи между провайдерами медицинской помощи. Они были распространены во всем мире и применяются в более чем 400 больницах в 10 странах.

63. В целях более активного участия в решении этих проблем пациентов и потребителей Секретариат создал сеть «**Пациенты – за безопасность пациентов**», во главе которой стоят пациенты и члены их семей. В настоящее время эта сеть насчитывает во всем мире более 250 активных сторонников пациентов, принцип работы которых заключается в том, что безопасность пациентов не повысится, если при этом не будут учитываться опыт и познания самих пациентов. В рамках этой программы в настоящее время разрабатываются новые приложения для мобильных устройств связи (включая услуги по обмену сообщениями) в интересах пациентов.

64. Секретариат разработал концептуальную основу создания базы знаний по безопасности пациентов в целях улучшения анализа проблем, связанных с безопасностью, и облегчения работы по накоплению знаний. Наряду с руководящими принципами ВОЗ по **системам отчетности**, сообщества практикующих участников в государствах-членах могут воспользоваться преимуществами системы обучения посредством обмена опытом в целях ограничения вреда, причиняемого пациентам.

65. В ответ на предложение государств-членов создать потенциал в области безопасности пациентов Секретариат принял меры по расширению системы **образования в области безопасности пациентов** и разработал вариант Руководящих принципов составления учебной программы по безопасности пациентов, рассчитанной на различных специалистов, с тем чтобы дать возможность руководителям здравоохранения, провайдерам и студентам знакомиться с проблемой качества медицинских услуг и безопасности пациентов. Эту Программу одобрили более 300 университетов, а 30 университетов используют ее для обучения.

66. В целях более широкого распространения этой деятельности Секретариата и объединения мер по повышению безопасности программа «**Африканские**

партнерства за безопасность пациентов», созданная в 2009 г. в ответ на призыв предпринять соответствующие действия, который был рассмотрен Региональным комитетом для стран Африки на его пятьдесят восьмой сессии¹, создала сеть партнерств между больницами, которая способствует «двустороннему» обучению по тематике безопасности пациентов с участием 14 африканских и трех европейских стран. Опыт шести таких партнерств стимулировал работу по внесению изменений в практику обеспечения безопасности пациентов на национальном уровне в шести странах Африканского региона.

67. В ходе Шестидесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2012 г. Секретариат провел техническое информационное совещание в целях ознакомления с результатами, достигнутыми в деле повышения безопасности пациентов в развитых и развивающихся государствах-членах.

Наращивание темпов работы на уровне ВОЗ в области безопасности пациентов

68. В тесном сотрудничестве с Посланником ВОЗ по безопасности пациентов, назначенным Генеральным директором в 2011 г., Секретариат приступил к реализации новой пятилетней стратегии по безопасности пациентов, поставив перед ней следующие стратегические цели:

- обеспечить глобальное лидерство в области безопасности пациентов
- накапливать знания, опыт и инновации в целях повышения безопасности пациентов
- привлекать системы здравоохранения, неправительственные организации, гражданское общество и сообщество экспертов к работе по повышению безопасности медицинской помощи на глобальном уровне.

69. С учетом работы, проделанной на сегодняшний день Секретариатом, в следующие пять лет приоритетными направлениями в рамках возобновленного акцентирования безопасности пациентов будут являться: разработка средств и надлежащей практики по улучшению безопасности первичной медико-санитарной помощи; улучшение организации обучения и подготовки медицинских кадров по тематике безопасности пациентов с целью повысить качество и безопасность служб здравоохранения; расширение партнерств в Африке и других регионах; и содействие более активному вовлечению общины и пациентов.

70. В настоящее время координируется деятельность в рамках всей Организации, в том числе работа по безопасности медикаментозного лечения и медицинского оборудования, безопасности крови и кадровым ресурсам в области здравоохранения, а Секретариат завершает разработку крупной инициативы по безопасности инъекций, осуществление которой будет начато в 2013 году. Его работа по повышению безопасности пациентов также помогает решать другие приоритетные задачи

¹ Документ AFR/RC58/8, принятый Региональным комитетом (см. документ AFR/RC58/20, пункты 111-118).

Организации, прежде всего задачу по обеспечению всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами и укреплению здоровья и благополучия стареющего населения.

I. ПИТЬЕВАЯ ВОДА, САНИТАРИЯ И ЗДОРОВЬЕ (резолюция WHA64.24)

Положение дел

71. На своей Сто тридцать второй сессии в январе 2013 г. Исполнительный комитет принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада о ходе работы¹.

72. Совместная программа мониторинга водоснабжения и санитарии ВОЗ/ЮНИСЕФ сообщила в марте 2012 г. о том, что Задача 7.С Цели 7 Целей тысячелетия в области развития (а именно, к 2015 г. сократить вдвое долю населения, не имеющего устойчивого доступа к безопасной питьевой воде и основным санитарным услугам) была достигнута в отношении питьевой воды в декабре 2010 г., что подтверждается измеренной долей населения, пользующегося улучшенными источниками питьевой воды. В период с 1990 по 2010 год доступ к улучшенным источникам получили более 2000 миллионов человек, в результате чего доля населения, не имеющего такого доступа, снизилась за тот же период с 24% до 11%.

73. Доля населения, не имеющего доступа к улучшенным санитарным услугам, снизилась с 51% в 1990 г. до 37% в 2010 году. В абсолютном выражении в 2010 г. доступа к этим услугам не было приблизительно у 2500 миллионов человек. По оценкам, 1100 миллионов человек вынуждены до сих пор отправлять свои естественные надобности под открытым небом.

74. Доклад ВОЗ по холере, изданный в 2011 г.², свидетельствует о том, что на сегодняшний день, по данным, представленным 58 странами из всех регионов, общее число случаев холеры составляет 589 854, в том числе 7816 случаев с летальным исходом, что представляет собой увеличение на 85% по сравнению с 2010 годом.

75. В Глобальном анализе и оценке санитарии и питьевой воды проекта «ООН–водные ресурсы» (ГЛААС) за 2012 г. обращается внимание на отсутствие национальной политики и программ с упором на сбалансированный подход к использованию людских и финансовых ресурсов в целях как поддержания уровня соответствующей инфраструктуры, так и расширения доступа к услугам, – одно из серьезных препятствий на пути достижения показателя реализации на практике компонента санитарии, предусмотренного Задачей 7.С Цели 7 Целей тысячелетия в области развития. Опасность того, что решение Задачи 7.С Цели 7 к 2015 г. не будет доведено до конца, вполне реальна. Нехватка надежной информации на страновом уровне об охвате населения этими услугами в конкретных местах, например в школах и

¹ См. протокол пятнадцатого заседания Исполнительного комитета в ходе его Сто тридцать второй сессии, раздел 2.

² Cholera, 2011. *Weekly epidemiological record*, 2012, **87**(31-32):289-304.

медико-санитарных центрах, означает, что соответствующие государственные органы, возможно, не осознают серьезность этих проблем и, как следствие, не реагируют на них.

Стратегии

76. В резолюции WHA64.24 Всемирная ассамблея предложила разработать новую комплексную стратегию ВОЗ в области водоснабжения, санитарии и здоровья, в которой обращалось бы особое внимание на вопросы качества воды. В настоящее время новая единая стратегия ВОЗ по качеству воды и здоровью охватывает ранее отдельные три области работы (качество питьевой воды, безопасное использование сточных вод и безопасное управление водами, используемыми для рекреационных целей), которые в настоящее время находятся в ведении единой группы экспертов.

77. Стратегия реализации Совместной программы мониторинга ВОЗ/ЮНИСЕФ на 2010-2015 гг. предусматривает достижение четырех основных результатов, включая акцент в работе на удовлетворение потребностей в мониторинге на период после 2015 года. Четыре стратегические цели стратегии Глобального анализа и оценки санитарии и питьевой воды проекта «ООН–водные ресурсы»¹ включают установление «золотого» стандарта в области сбора данных о движущих факторах и препятствиях на пути прогресса в области питьевой воды и санитарии.

Содействие переменам

78. Крупнейшие публикации, изданные после принятия резолюции WHA64.24, включают два доклада, упомянутых в пунктах 72 и 75 выше, четвертое издание ВОЗ *Guidelines for drinking-water quality*² (Руководящие принципы качества питьевой воды) и несколько технических документов, которые могут оказать помощь в планировании работы по обеспечению безопасности воды. Стратегии реализации как Совместной программы мониторинга ВОЗ/ЮНИСЕФ³, так и Глобального анализа и оценки санитарии и питьевой воды проекта «ООН–водные ресурсы» были хорошо приняты двусторонними и многосторонними внешними учреждениями поддержки, а единая стратегия ВОЗ, начало которой было положено в августе 2012 г., в настоящее время получает широкое распространение.

Нормативная роль в разработке задач и показателей

79. Совместная программа мониторинга ВОЗ/ЮНИСЕФ служит своего рода форумом для разработки задач и показателей в области глобального мониторинга на период после 2015 года. После согласования дорожной карты на первом консультативном

¹ http://www.who.int/entity/water_sanitation_health/publications/glaas_strategy.pdf (по состоянию на 25 октября 2012 г.).

² *Guidelines for drinking-water quality*, 4th ed. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.

³ См. также специальный веб-сайт www.wssinfo.org, где размещена информация об обширной работе в 2012 г. в связи с вопросами питьевой воды и санитарии на период после 2015 года.

совещании по мониторингу питьевой воды и санитарии на период после 2015 г., которое было организовано ВОЗ и ЮНИСЕФ (Берлин, 3–5 мая 2011 г.), были установлены соответствующие задачи и показатели, которые обсуждались на втором консультативном совещании в Гааге в декабре 2012 года. Результаты этой технической работы получают должное отражение в программных процессах разработки целей на период после 2015 года.

Создание потенциала

80. В рамках Партнерства в интересах здоровья ВОЗ/Австралийского агентства по международному развитию был завершен в мае 2012 г. второй этап реализации проекта создания потенциала, в соответствии с Планом обеспечения безопасности воды, в шести странах в регионах Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана; в результате осуществления 150 новых планов обеспечения безопасности воды (в 60 городских и 90 сельских районах) доступ к безопасной воде получили еще 12,5 миллиона человек. Третий этап реализации начался в сентябре 2012 г. в 12 странах и должен в результате привести к созданию устойчивых программных и институциональных механизмов на национальном уровне, интеграции подхода, предусмотренного планами обеспечения безопасности воды, в систему управления ресурсами и включению планов обеспечения безопасности воды в систему планирования инвестиций на региональном уровне.

Ж. ЗДОРОВЬЕ РАБОТАЮЩИХ: ГЛОБАЛЬНЫЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ (резолюция WHA60.26)

81. На своей Сто тридцать второй сессии в январе 2013 г. Исполнительный комитет принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада о ходе работы¹.

82. В докладе излагается прогресс в деле осуществления пяти целей глобального плана действий по охране здоровья работающих на 2008–2017 годы.

Цель 1: разработка и реализация инструментов политики в области охраны здоровья работающих

83. Работающие составляют половину численности мирового населения, поэтому их здоровье является необходимой предпосылкой устойчивого экономического развития. Секретариат оказал техническую поддержку 21 государству-члену в разработке их национальной политики и соответствующих механизмов в интересах здоровья работающих и укрепления деятельности министерств здравоохранения в этой области.

84. Меры по ликвидации заболеваний, связанных с асбестом, включали повышение осведомленности о последствиях асбеста для здоровья, информационно-разъяснительную работу по первичной профилактике и оказание поддержки в

¹ См. протокол пятнадцатого заседания Исполнительного комитета в ходе его Сто тридцать второй сессии, раздел 2.

разработке национальных профилей и программ ликвидации этих болезней в 45 государствах-членах.

85. Четырнадцать государствам-членам была оказана поддержка в организации кампаний по вакцинации медико-санитарных работников против гепатита В.

Цель 2: охрана и укрепление здоровья на рабочем месте

86. В целях улучшения системы учета профессиональных рисков Секретариат оказывал помощь в разработке международных карточек химической безопасности (в настоящее время существует 1700 таких карточек), подборок материалов по рациональному регулированию промышленных химических веществ, руководства по устранению психосоциальных рисков на рабочем месте и профессионального воздействия ультрафиолетового и ионизирующего излучения.

87. В целях облегчения комплексного решения проблем, связанных с детерминантами здоровья и важнейшими рисками неинфекционных заболеваний в условиях труда, были опубликованы глобальные руководящие принципы по созданию здоровых условий и по рациону и режиму питания и физической активности на рабочем месте.

88. В целях расширения доступа медико-санитарных работников к службам по профилактике ВИЧ-инфекции и туберкулеза были изданы соответствующие рекомендации и варианты директивных мер наряду с руководством по предотвращению травматизма при использовании игл.

Цель 3: повышение эффективности работы и расширение доступа к службам гигиены труда

89. ВОЗ на совместной основе организовала международную конференцию «Связь между здоровьем и трудом» (Гаага, 29 ноября – 1 декабря 2011 г.), которая разработала стратегические направления расширения доступа всех работающих к основным медико-санитарным услугам по предотвращению профессиональных заболеваний и травм, в том числе связанных с работой. Особое внимание было обращено на работающих в неофициальном секторе и на мелких предприятиях в контексте комплексной первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на нужды людей.

90. В настоящее время разрабатываются и распространяются по сети сотрудничающих центров ВОЗ по вопросам гигиены труда методы калькуляции расходов и практические средства проведения основных мероприятий в области гигиены труда наряду с учебными материалами и информационными ресурсами для работников первичной медико-санитарной помощи.

Цель 4: предоставление и распространение фактических данных в интересах действий и практической работы

91. Секретариат создал глобальную рабочую группу по профессиональным болезням в порядке внесения своего вклада в одиннадцатый пересмотренный вариант Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем. Рабочая группа подготовила типовые схемы содержания по 120 болезням и внешним причинам, обусловленным профессиональной деятельностью, которые были включены в бета-версию пересмотренного варианта классификации. Рабочая группа также помогала в работе по обновлению перечня профессиональных заболеваний МОТ¹ и разработке критериев диагностики и подверженности в целях их идентификации.

Цель 5: включение компонента охраны здоровья работающих в политику других секторов

92. Секретариат опубликовал набор показателей для количественного определения медико-санитарных аспектов состояния работающих применительно к устойчивой политике в области развития и разработал руководство, определяющее роль здоровья работающих в адаптации к изменению климата и смягчении его последствий и в условиях «зеленой» экономики. Секретариат также разработал руководство по оценке воздействия на здоровье работающих в горнодобывающих отраслях – горнорудной и в нефте- и газодобывающей.

93. В целях оказания поддержки в рациональном управлении приоритетных промышленных канцерогенных веществ и обновления национальных профилей по регулированию химических веществ в ряде стран было налажено сотрудничество со стратегическим подходом к международному регулированию химических веществ.

Осуществление

94. Деятельность Секретариата пользовалась поддержкой со стороны Сети сотрудничающих центров ВОЗ по гигиене труда (которая в настоящее время насчитывает 50 членов). Их эффективность в максимальной степени повышалась за счет согласованных действий в ряде приоритетных областей: профилактика профессиональных онкологических и хронических респираторных заболеваний, безопасность медико-санитарных работников, средства и стандарты, касающиеся здоровых рабочих мест, услуги и потенциал в области гигиены труда, профессиональные болезни, «зеленая» экономика и адаптация к изменению климата, уязвимые группы населения и условия труда, связанные с высоким риском. Кроме того, соответствующий синергический эффект обеспечивался за счет тесного сотрудничества с МОТ и другими международными партнерами.

¹ *Перечень профессиональных заболеваний МОТ (пересмотренный вариант, 2010 г.).* Женева, Международная организация труда, 2010 год.

К. СТРАТЕГИЯ ВКЛЮЧЕНИЯ ГЕНДЕРНОГО АНАЛИЗА И ДЕЙСТВИЙ В РАБОТУ ВОЗ (резолюция WHA60.25)

95. На своей Сто тридцать второй сессии в январе 2013 г. Исполнительный комитет принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада о ходе работы¹.

96. В настоящем докладе излагается информация о работе по четырем стратегическим направлениям: создание потенциала ВОЗ в вопросах гендерного анализа и планирования; учет гендерной проблематики в системе управления ВОЗ; более широкое использование данных в разбивке по полу и гендерного анализа и создание системы подотчетности.

97. Прогресс в работе по созданию потенциала ВОЗ в вопросах гендерного анализа и планирования включает публикацию справочного пособия по учету гендерного фактора для руководителей системы здравоохранения в качестве одного из основных компонентов работы² и систематическую профессиональную подготовку сотрудников ВОЗ и государственных служащих (главным образом в министерствах здравоохранения) во всех регионах ВОЗ. Это пособие содержит руководящие принципы создания потенциала и используется в качестве официального документа в ряде стран. Например, министры здравоохранения Афганистана и Омана приняли эти руководящие принципы и провели многочисленные учебные курсы по гендерной проблематике и здоровью для сотрудников сектора здравоохранения. Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана проводило учебные занятия по учету гендерного фактора в системе здравоохранения как для национальных заинтересованных сторон, так и для сотрудников ВОЗ во многих странах этого Региона.

98. Сеть по вопросам гендера, женщин и здоровья, которая в настоящее время насчитывает 112 координаторов по гендерной проблематике во всех шести регионах ВОЗ, начинает расширяться также за счет включения координаторов по вопросам гендера, равенства и правам человека. После того, как эта сеть станет полностью работоспособной, ее членский состав должен увеличиться до 200 координаторов.

99. Нынешний высокий уровень включения гендерной проблематики в процесс оперативного планирования на региональном и страновом уровнях можно объяснить постоянной поддержкой, которая оказывается государствам-членам в форме руководящих принципов, оперативных исследований и создания потенциала. Например, Секретариат оказал поддержку Министерству общественного здравоохранения в Афганистане в разработке Национальной стратегии по гендерной проблематике на 2012–2016 годы. Он также оказывал помощь в оценке гендерного компонента в ходе проведения в 2011 г. среднесрочного обзора Стратегического плана развития сектора здравоохранения на 2008–2015 годы. Это пример учета гендерного фактора в качестве одного из компонентов национальных планов и политики в области

¹ См. протокол пятнадцатого заседания Исполнительного комитета в ходе его Сто тридцать второй сессии, раздел 2.

² *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.

здравоохранения в Регионе Западной части Тихого океана. Эта оценка, выполненная в виде тематического исследования, была подтверждена документально и опубликована. С просьбой об оказании такой поддержки обратилась и Лаосская Народно-Демократическая Республика.

100. В целях укрепления подходов к официальному учету гендерной проблематики, равенства и прав человека в качестве одного из основных компонентов в работе Организации и в порядке признания связи, существующей между этими основными ценностями, Генеральный директор учредила в штаб-квартире в 2012 г. группу по учету гендерной проблематики, равенства и прав человека. В ее задачу входит поддержка работы по учету этих основных ценностей в рамках всей Организации с привлечением к этой работе сотрудников на всех уровнях и во всех бюро, а также национальных специалистов, занимающихся этими вопросами. В целях ориентации будущей работы ВОЗ и замены существующей стратегии по гендерной проблематике нужна общеорганизационная стратегия по гендерной проблематике, равенству и правам человека, которая предусматривала бы способы учета этих вопросов в качестве одного из основных компонентов деятельности на каждом уровне Организации.

101. Одним из хороших региональных примеров включения гендерной проблематики, равенства и прав человека в политику является документ «Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий на уровне правительств и обществ в интересах улучшения здоровья и благополучия»¹. «Здоровье-2020» был принят Европейским региональным комитетом в резолюции EUR/RC62/R4 в сентябре 2012 года. Основные стратегические цели этой политики предусматривают снижение неравенства в области здравоохранения в Европе и улучшение стратегического руководства в интересах здоровья, признание важности концепции гендерной проблематики, социальных детерминантов и прав человека в достижении этих целей.

102. В настоящее время ВОЗ более широко использует данные в разбивке по признаку пола. Например, в 73% публикаций, изданных Региональным бюро для стран Америки, все данные представлены в разбивке по признаку пола. Еще одним важным событием в этом плане является подготовка к введению в действие программы мониторинга равенства по линии Глобальной обсерватории здравоохранения, которая будет включать показатели неправильного питания детей в разбивке по полу и данные о детской смертности и охвате вакцинацией.

103. ВОЗ поддерживает осуществление общесистемного плана действий Организации Объединенных Наций по гендерному равенству и расширению возможностей женщин², принятого Координационным советом руководителей в апреле 2012 года. Секретариат впоследствии разработает соответствующий план действий, который будет предусматривать использование единого подхода к учету гендерной проблематики, равенства и прав человека в качестве основного компонента деятельности в рамках

¹ Документ EUR/RC62/9.

² *System-wide action plan for implementation of the United Nations CEB policy on gender equality and the empowerment of women.* New York, United Nations Women, April 2012.

всей Организации и предусмотрит соответствующие механизмы отчетности о прогрессе по 15 показателям, конкретно относящимся к эффективности работы ВОЗ в деле осуществления общесистемного плана действий Организации Объединенных Наций. Этот план будет представлен Совету руководителей и руководящим органам ВОЗ.

104. Гендерные факторы учитываются в технических программах ВОЗ, таких как программы по ВИЧ и по профилактике насилия и травматизма. Глобальная стратегия ВОЗ в секторе здравоохранения по ВИЧ/СПИДу на 2011–2015 гг. включает стратегическое направление, которое конкретно предусматривает необходимость повышения гендерного равенства посредством, например мониторинга гендерного неравенства, связанного с ВИЧ, и введение в действие системы услуг в связи с насилием по гендерному признаку. Предстоящие руководящие принципы ВОЗ, касающиеся профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ, среди работников секс-индустрии также включают конкретные рекомендации по решению проблемы насилия, которому подвергаются работники секс-индустрии, в качестве одного из факторов риска передачи этих инфекций. Секретариат также укрепляет потенциал в области профилактики насилия со стороны интимного партнера в странах посредством организации региональных семинаров в Американском и Африканском регионах и в Регионе Западной части Тихого океана. Планы действий по учету гендерного фактора подготовлены в 13 странах Американского региона. В среднесрочном докладе о мониторинге осуществления Плана действий ПАОЗ по осуществлению политики гендерного равенства на 2009–2014 гг.¹, который был рассмотрен двадцать восьмой Панамериканской санитарной конференцией в сентябре 2012 г., содержится указание о том, что наиболее сложной проблемой, связанной с включением гендерного равенства в систему здравоохранения, является политическая поддержка.

L. ПРОГРЕСС В РАЦИОНАЛЬНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ (резолюция WHA60.16)

105. На своей Сто тридцать второй сессии в январе 2013 г. Исполнительный комитет принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада о ходе работы².

106. В порядке выполнения резолюции WHA60.16 Секретариат сотрудничает с государствами-членами вместе с международными региональными и национальными партнерами в целях содействия рациональному использованию лекарственных средств. Цель этой деятельности – свести до минимума чрезмерное, недостаточное или неправильное использование лекарственных средств, что во всех случаях приводит к ненужной трате скудных ресурсов и низкой отдаче от медико-санитарных мероприятий в плане укрепления здоровья.

¹ Документ CSP28/INF/3.

² См. протокол пятнадцатого заседания Исполнительного комитета в ходе его Сто тридцать второй сессии, раздел 2.

107. ВОЗ являлась партнером Третьей международной конференции по улучшению использования лекарственных средств (Анталья, Турция, 14–18 ноября 2011 г.). На этой Конференции, которая позволяет собирать вместе раз в семь лет все мировое сообщество, которое занимается лекарственными средствами, присутствовали 594 участника из 86 стран, которые прибыли на Конференцию в целях рассмотрения предыдущей работы по содействию рациональному использованию и обсуждению будущих направлений деятельности. Участники выразили общую точку зрения о том, что полезные экспериментальные проекты в области исследований, которые уже проводятся по проблематике рационального использования, сейчас необходимо воплотить в стратегии и программы на уровне систем медико-санитарной помощи.

108. Секретариат представил один из двух технических документов, рассмотренных на Саммите министров здравоохранения, на тему «Преимущества ответственного использования лекарственных средств: разработка политики в целях обеспечения более качественной и затратоэффективной медицинской помощи»¹. Этот Саммит, организованный министрами здравоохранения и социального обеспечения и спорта Нидерландов, состоялся в Амстердаме (Нидерланды) 3 октября 2012 года. Он дал возможность странам обменяться опытом и извлечь уроки, усвоенные другими. На Третьей международной конференции и Встрече на уровне министров подчеркивалась необходимость улучшить доступ и использование лекарственных средств в целях обеспечения всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами.

109. Рациональное использование лекарственных средств обсуждалось также и на ключевых региональных совещаниях. ВОЗ выступала в роли сотрудничающего партнера на Конференции по национальной политике в области лекарственных средств стран Азии и Тихого океана (Сидней, Австралия, 26–29 мая 2012 г.). Секретариат также организовал региональный семинар по обеспечению доступа к приоритетным лекарственным средствам для матерей и детей (Манила, 15–17 августа 2011 г.), после которого было проведено консультативное совещание между странами по улучшению доступа к основным лекарствам, диагностическим средствам и медицинскому оборудованию, которые используются для ведения больных, страдающих неинфекционными заболеваниями (Манила, 18–20 августа 2011 г.).

110. В 2012 г. была обновлена региональная стратегия содействия рациональному использованию в Американском регионе, а в Регионе Юго-Восточной Азии Региональный комитет принял на своей шестьдесят четвертой сессии в сентябре 2011 г. резолюцию SEA/RC64/R5 о национальной политике в области основных лекарственных средств, в которой одним из важнейших компонентов значилось рациональное использование лекарственных средств.

111. Всемирный день здоровья в 2011 г. проводился на тему «Устойчивость к противомикробным препаратам: бездействие сегодня – отсутствие возможности лечить завтра». В числе шести сопроводительных установочных информационных

¹ Доступен по адресу: http://www.who.int/medicines/publications/responsible_use/en/index.html (по состоянию на 2 ноября 2012 г.).

документов был один, посвященный регулированию и содействию рациональному использованию лекарственных средств, в том числе в животноводстве, и обеспечению надлежащего лечения пациентов. После Всемирного дня здоровья в 2011 г. была создана Целевая группа по устойчивости к противомикробным препаратам. Одним из важных компонентов ее деятельности является содействие рациональному использованию лекарственных средств.

112. В рамках Рабочей группы АСЕАН по разработке фармацевтических средств Министерство здравоохранения Брунея-Даруссалама организовало, с участием координаторов от Секретариата ВОЗ, пятидневный учебный семинар по рациональному использованию противомикробных препаратов. В его работе участвовали делегаты от Индонезии, Лаосской Народно-Демократической Республики, Малайзии и Филиппин. Они провели обстоятельное обсуждение таких вопросов, как рациональное использование лекарственных средств, борьба с инфекцией и эпиднадзор и контроль устойчивости к противомикробным препаратам. В Европейском регионе в сотрудничестве с Антверпенским университетом (Бельгия) и учреждениями Нидерландов был организован субрегиональный семинар по измерению уровня потребления антибиотиков в странах Южной и Восточной Европы (Утрехт, Нидерланды, 3–6 сентября 2012 г.). Эта работа имела целью помочь в создании базы данных о потреблении антибиотиков, которая была бы совместима с базой данных Европейского центра профилактики болезней и борьбы с ними и, тем самым, позволила бы оказать поддержку в осуществлении европейских стратегий сдерживания устойчивости к противомикробным препаратам.

113. В качестве части двухлетнего цикла работы был пересмотрен Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств с учетом Семнадцатого примерного перечня, опубликованного в мае 2011 года¹. Следующий пересмотр запланирован на апрель 2013 года. Национальные списки основных лекарственных средств продолжают обновляться на широкой основе в рамках всех регионов; ряд стран обновили свои списки наряду со стандартными руководящими принципами лечения. Индия разработала свой Национальный фармацевтический справочник (на основе Типового фармацевтического справочника ВОЗ) и передала его в распоряжение лицам, которые назначают лекарственные средства. Этот справочник был также открыт для всеобщего доступа в качестве прикладной программы мобильных телефонов, которая была загружена в более чем 50 странах.

114. Что касается безопасности пациентов, то ВОЗ подготовила публикацию об устойчивости к противомикробным препаратам, которая предназначена для специалистов по разработке политики. Этот справочник, в котором описываются потенциальные меры вмешательства, содержит главы, посвященные мерам по обеспечению более эффективного использования антибиотиков и сокращению использования противомикробных препаратов в животноводстве.

¹ <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html> (по состоянию на 2 ноября 2012 г.).

115. Важной частью оценки рационального использования является количественное определение использования лекарственных средств. Анализ данных об использовании лекарственных средств, собранных в штаб-квартире, и политики в области их регулирования показал, что использование лекарственных средств носит более рациональный характер в тех странах, в которых есть такая политика, по сравнению с теми, у которых такой политики нет. В настоящее время в целях разработки показателей использования лекарственных средств собирается информация из Германии, Нидерландов, Словении, Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии и Франции.

116. Необходимым элементом более эффективного использования лекарственных средств является профессиональная подготовка по вопросам выбора лекарственных средств, фармакотерапии и их рационального использования. С помощью веб-сайта Виртуального кампуса общественного здравоохранения ПАОЗ/ВОЗ, работа которого координируется Сотрудничающим центром по проблемному обучению в области фармакотерапии (Ла-Плата, Аргентина), была проведена подготовка более 200 специалистов-медиков в этих областях, а обучение по этим вопросам в Европейском регионе для государств – членов Европейского союза и стран-кандидатов на присоединение было проведено в ноябре 2012 г. в Дании и Нидерландах.

117. Несмотря на вышеприведенные примеры общесекторальной координации рационального использования, в том числе работы по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, национальные усилия, рекомендованные государствам-членам в резолюции WHA60.16, по-прежнему являются ограниченными.

М. СТРАТЕГИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ПОЛИТИКИ И СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

118. На своей Сто тридцать второй сессии в январе 2013 г. Исполнительный комитет принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада о ходе работы¹.

119. В ряде докладов ВОЗ по научным исследованиям в области здравоохранения, подкрепленных международными декларациями², указано на необходимость сохранять приверженность генерированию знаний на основе научных исследований и увеличить инвестиции в научную деятельность. Хотя благодаря соответствующим публикациям удалось повысить значимость исследований в области здравоохранения в глазах лиц, формулирующих политику, изучению политики и систем здравоохранения посвящены лишь немногие из них. Таким образом, чтобы поддержать укрепление базы фактических данных для ускорения всеобщего охвата медико-санитарными услугами требуется уделить дополнительное внимание роли всех заинтересованных сторон и, в

¹ См. протокол пятнадцатого заседания Исполнительного комитета в ходе его Сто тридцать второй сессии, раздел 2.

² Включая Бамакский призыв к действиям в области исследований в целях здравоохранения (2008 г.), который доступен по адресу: http://www.who.int/rpc/news/bamako_call_to_action/en/index.html (по состоянию на 6 ноября 2012 г.).

частности, лиц, отвечающих в системах здравоохранения за принятие решений, в разработке программы исследований в области политики и систем здравоохранения.

120. В этой связи ВОЗ совместно с партнерами организовала Первый глобальный симпозиум по научным исследованиям в области политики и систем здравоохранения (Монтрё, Швейцария, 16–19 ноября 2010 г.). Этот Симпозиум впервые позволил более чем 1200 участникам, представляющим такие разные сферы, как научные исследования в области здравоохранения, политику, финансирование, исполнение и гражданское общество, обсудить важную роль и вклад исследований в области политики и систем здравоохранения в процесс принятия решений. На Симпозиуме делегаты единодушно констатировали необходимость стратегии научных исследований в области политики и систем здравоохранения, призванной поддержать более широкое генерирование и использование научных данных в политике в области здравоохранения и мотивировать дальнейшие инвестиции в эту важную область исследований.

121. Секретариат возглавил работу над этой стратегией, опираясь на научные данные и опыт многочисленных заинтересованных сторон, на началах транспарентности, инклюзивности и коллегиальности. С этой целью была создана консультативная группа в составе 29 мужчин и женщин из всех регионов мира, включающая руководителей научных исследований и лиц, разрабатывающих политику.

122. Стратегия научных исследований в области политики и систем здравоохранения под названием «поменять образ мышления»¹ была оглашена 1 ноября 2012 г. на Втором глобальном симпозиуме по исследованиям в области систем здравоохранения (Пекин, 31 октября – 3 ноября 2012 г.). Этот Симпозиум, организованный ВОЗ совместно с партнерами и проведенный правительством Китая, имел целью оценить прогресс и скорректировать приоритеты в области исследований, с тем чтобы ускорить достижение всеобщего охвата медико-санитарными услугами.

123. Указанная стратегия призвана расширить и дополнить предыдущие мандаты ВОЗ в проведении работы, посвященной научным исследованиям в области здравоохранения². В новой стратегии разъясняется, каким образом в меняющейся сфере научного изучения политики и систем здравоохранения учитываются и отражаются потребности в знаниях лиц, принимающих решения, практических работников здравоохранения, граждан и гражданского общества, которые причастны к планированию и функционированию национальных систем здравоохранения.

124. Эта стратегия имеет целью изменить методику управления исследованиями в области политики и систем здравоохранения в результате их более эффективного встраивания в сферы формулирования и осуществления политики. Она предусматривает стимулирование активного взаимодействия между исследователями, с

¹ *Strategy on health policy and systems research: changing mindsets*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012 г. Доступна по адресу: <http://www.who.int/alliance-hpsr/whostrategyhpsr/en/index.html> (по состоянию на 6 ноября 2012 г.).

² В особенности стратегия ВОЗ о научных исследованиях в области здравоохранения, которая была одобрена Ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA63.21.

одной стороны, и ответственными за формулирование политики и принятие решений, с другой, и призывает обе стороны признать необходимость создания потенциала исследований в области систем и политики здравоохранения. Еще одной столь же важной целью стратегии является объединение различных направлений исследовательской работы и сочетание нескольких платформ генерирования знаний, которые сегодня слабо связаны между собой, в виде комплексного инструмента изменений, способного дать толчок укреплению систем здравоохранения и трансформации здравоохранения во всем мире.

125. В последней главе стратегии очерчен ряд вариантов действий различных заинтересованных сторон с целью облегчить принятие решений на основе фактических данных и укрепление систем здравоохранения. Эти взаимодополняющие варианты должны содействовать включению научных исследований в процессы принятия решений и содействовать осуществлению устойчивой программы национальных и глобальных инвестиций в изучение политики и систем здравоохранения. Государства – члены смогут предпринять некоторые или все эти действия в зависимости от их индивидуальных условий и имеющихся ресурсов.

= = =