



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**ШЕСТЬДЕСЯТ ВОСЬМАЯ СЕССИЯ
ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

ЖЕНЕВА, 18–26 МАЯ 2015 г.

**РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ
ПРИЛОЖЕНИЯ**

ЖЕНЕВА
2015 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	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 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 восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения проходила во Дворце Наций в Женеве с 18 по 26 мая 2015 года в соответствии с решением Исполнительного комитета, принятым на его Сто тридцать пятой сессии¹.

¹ Решение 135(8).

СОДЕРЖАНИЕ

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

РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ

Резолюции

WHA68.1	Программный бюджет на 2016–2017 гг... ..	3
WHA68.2	Глобальная техническая стратегия и цели в отношении малярии на 2016–2030 гг.....	5
WHA68.3	Полиомиелит.....	10
WHA68.4	Картирование риска желтой лихорадки и рекомендованная вакцинация для лиц, совершающих поездки	15
WHA68.5	Рекомендации Комитета по обзору в отношении второго продления сроков создания национальных основных возможностей в области общественного здравоохранения и осуществления ММСП.....	16
WHA68.6	Глобальный план действий в отношении вакцин.	17
WHA68.7	Глобальный план действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам.....	21
WHA68.8	Здоровье и окружающая среда: решение проблемы воздействия загрязнения воздуха на здоровье.....	26
WHA68.9	Механизм взаимодействия с негосударственными структурами. ...	34
WHA68.10	Финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за год, закончившийся 31 декабря 2014 г.	90
WHA68.11	Состояние поступления обязательных взносов, включая вопрос о государствах–членах, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение Статьи 7 Устава.....	91

WHA68.12	Шкала обязательных взносов на 2016–2017 гг.	92
WHA68.13	Отчет Внешнего ревизора.....	98
WHA68.14	Назначение Внешнего ревизора.....	98
WHA68.15	Укрепление неотложной и основной хирургической помощи и анестезии в качестве компонента всеобщего охвата медико–санитарной помощью	99
WHA68.16	Оклады сотрудников на неклассифицируемых должностях и Генерального директора	107
WHA68.17	Поправки к Положениям о персонале	107
WHA68.18	Глобальная стратегия и план действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности...	108
WHA68.19	Итоги второй Международной конференции по вопросам питания...	111
WHA68.20	Глобальное бремя эпилепсии и необходимость координированных мер на страновом уровне в целях воздействия на его последствия в области здравоохранения, в социальной сфере и области информирования общественности.....	111
Решения		
WHA68(1)	Состав Комитета по проверке полномочий	117
WHA68(2)	Выборы должностных лиц Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.....	117
WHA68(3)	Выборы должностных лиц главных комитетов.....	118
WHA68(4)	Образование Генерального комитета	118
WHA68(5)	Утверждение повестки дня	119
WHA68(6)	Проверка полномочий	119
WHA68(7)	Выборы государств–членов, которым предоставляется право назначить по одному лицу в состав Исполнительного комитета	120
WHA68(8)	Медико–санитарные условия проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах	120
WHA68(9)	Полиомиелит	122

WHA68(10)	Вспышка болезни, вызванной вирусом Эбола, 2014 г. и последующие действия в связи со специальной сессией Исполнительного комитета по чрезвычайной ситуации в связи с Эолой	123
WHA68(11)	Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения.....	128
WHA68(12)	Некондиционная / поддельная / ложно маркированная / фальсифицированная / контрафактная медицинская продукция.....	129
WHA68(13)	Назначение представителей в Комитет Пенсионного фонда персонала ВОЗ	129
WHA68(14)	Питание матерей и детей грудного и раннего возраста: разработка основного набора показателей	129
WHA68(15)	Выбор страны, в которой будет проведена Шестьдесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения	130

ПРИЛОЖЕНИЯ

1.	Глобальная техническая стратегия борьбы с малярией на 2016–2030 гг.	133
2.	Рекомендации, содержащиеся в Докладе Генеральному директору Комитета по обзору в отношении второго продления сроков создания национальных основных возможностей в области общественного здравоохранения и осуществления ММСП	171
3.	Глобальный план действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам.....	175
4.	Поправки к Положениям о персонале	199
5.	Глобальная стратегия и план действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности: круг ведения всесторонней оценки	200
6.	Итоги второй Международной конференции по вопросам питания.....	202
7.	Дополнительные основные показатели для глобальных основ мониторинга питания женщин и детей грудного и раннего возраста	222
8.	Финансовые и административные последствия для Секретариата резолюций, принятых Ассамблеями здравоохранения	224

ПОВЕСТКА ДНЯ¹

ПЛЕНАРНЫЕ ЗАСЕДАНИЯ

1. Открытие Ассамблеи здравоохранения
 - 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 распределение пунктов повестки между главными комитетами
2. Доклад Исполнительного комитета о его Сто тридцать пятой и Сто тридцать шестой сессиях и о его специальной сессии по чрезвычайной ситуации в связи с Эболой
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 здравоохранения

КОМИТЕТ А

10. Открытие заседаний Комитета²
11. Реформа ВОЗ
 - 11.1 Обзор осуществления реформы
 - 11.2 Механизм взаимодействия с негосударственными структурами

¹ Утверждена на втором пленарном заседании.

² Включая выборы заместителей Председателя и Докладчика.

12. Программные и бюджетные вопросы
 - 12.1 Исполнение Программного бюджета на 2014–2015 гг.: среднесрочный обзор
 - 12.2 Предлагаемый программный бюджет на 2016–2017 гг.
13. Неинфекционные заболевания
 - 13.1 Итоги второй Международной конференции по вопросам питания
 - 13.2 Питание матерей и детей грудного и раннего возраста: разработка основного набора показателей
 - 13.3 Обновленная информация о Комиссии по ликвидации детского ожирения
 - 13.4 Последующие действия в связи с совещанием высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 2014 г. по всеобъемлющему обзору и оценке прогресса, достигнутого в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними
 - 13.5 Глобальное бремя эпилепсии и необходимость координированных мер на страновом уровне в целях воздействия на его последствия в области здравоохранения, в социальной сфере и области информирования общественности
14. Укрепление здоровья на протяжении всего жизненного цикла
 - 14.1 Мониторинг достижения связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития
 - 14.2 Вопросы здравоохранения в повестке дня в области развития после 2015 г.
 - 14.3 Здоровье подростков
 - 14.4 Женщины и здоровье: 20–летие Пекинской декларации и Платформы действий
 - 14.5 Содействие социальному и экономическому развитию: устойчивые межсекторальные действия по повышению уровня здоровья и справедливости в области здравоохранения (выполнение решений восьмой Глобальной конференции по укреплению здоровья)
 - 14.6 Здоровье и окружающая среда: решение проблемы воздействия загрязнения воздуха на здоровье
15. Обеспечение готовности, эпиднадзор и ответные меры
 - 15.1 Устойчивость к противомикробным препаратам
 - 15.2 Полиомиелит
 - 15.3 Осуществление Международных медико–санитарных правил (2005 г.)

- 15.4 Ответные меры ВОЗ в случае тяжелых широкомасштабных чрезвычайных ситуаций
- 16. Инфекционные болезни
 - 16.1 Вспышка болезни, вызванной вирусом Эбола, 2014 г., и последующие действия в связи со специальной сессией Исполнительного комитета по болезни, вызванной Эболой¹
 - 16.2 Малярия: проект глобальной технической стратегии: на период после 2015 г.
 - 16.3 Денге: профилактика и борьба
 - 16.4 Глобальный план действий в отношении вакцин
- 17. [Перенесен в Комитет В]
- 18. Доклады о ходе работы

Неинфекционные заболевания

- A. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. (резолюция WHA66.8)
- B. Комплексные и согласованные усилия по ведению расстройств аутического спектра (резолюция WHA67.8)
- C. Потеря слуха, приводящая к нетрудоспособности (резолюция WHA48.9)

Инфекционные болезни

- D. Ликвидация дракункулеза (резолюция WHA64.16)
- E. Ликвидация шистосомоза (резолюция WHA65.21)
- F. Забытые тропические болезни (резолюция WHA66.12)
- G. Профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и борьба с ними: проект глобальной стратегии (резолюция WHA59.19)

Укрепление здоровья на протяжении всего жизненного цикла

- H. Здоровье новорожденных (резолюция WHA67.10)

¹ Резолюция EBSS.R1 по Эболе: Прекращение текущей вспышки, усиление глобальной готовности и обеспечение потенциала ВОЗ по готовности к будущим масштабным и устойчивым вспышкам и чрезвычайным ситуациям с медико-санитарными последствиями и принятию ответных мер.

- I. Работа в направлении всеобщего охвата мероприятиями в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей (резолюция WHA58.31)
- J. Выполнение рекомендаций Комиссии Организации Объединенных Наций по товарам, спасающим жизнь женщин и детей (резолюция WHA66.7)

Системы здравоохранения

- K. Социальные детерминанты здоровья (резолюция WHA65.8)
- L. Структуры устойчивого финансирования здравоохранения и всеобщий охват (резолюция WHA64.9)
- M. Стратегия включения гендерного анализа и действий в работу ВОЗ (резолюция WHA60.25)
- N. Прогресс в рациональном использовании лекарственных средств (резолюция WHA60.16)

Обеспечение готовности, эпиднадзор и ответные меры

- O. Обеспечение готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам (резолюция WHA64.5)
- P. Ликвидация оспы: уничтожение запасов вируса натуральной оспы (резолюция WHA60.1)

КОМИТЕТ В

- 19. Открытие заседаний Комитета¹
- 20. Медико–санитарные условия проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах
- 21. Финансовые вопросы
 - 21.1 Финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за год, закончившийся 31 декабря 2014 г.
 - 21.2 Состояние поступления обязательных взносов, включая вопрос о государствах–членах, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение Статьи 7 Устава
 - 21.3 [Исключен]

¹ Включая выборы заместителей Председателя и Докладчика.

- 21.4 Шкала обязательных взносов на 2016–2017 гг.
- 21.5 [Исключен]
- 22. Вопросы ревизии и контроля
 - 22.1 Отчет Внешнего ревизора
 - 22.2 Отчет Внутреннего ревизора
 - 22.3 Назначение Внешнего ревизора
- 23. Кадровые вопросы
 - 23.1 Кадровые ресурсы
 - 23.2 Доклад Комиссии по международной гражданской службе
 - 23.3 Поправки к Положениям о персонале и Правилам о персонале
 - 23.4 Доклад Правления Объединенного пенсионного фонда персонала Организации Объединенных Наций
 - 23.5 Назначение представителей в Комитет Пенсионного фонда персонала ВОЗ
- 24. Вопросы управления
 - 24.1 Недвижимое имущество: обновленная информация о стратегии ремонта зданий в Женеве
- 25. Сотрудничество в рамках системы Организации Объединенных Наций и с другими межправительственными организациями
- 17. Системы здравоохранения
 - 17.1 Укрепление неотложной и основной хирургической помощи и анестезии в качестве компонента всеобщего охвата медико–санитарной помощью
 - 17.2 Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения
 - 17.3 Некондиционная/ поддельная/ ложно маркированная/ фальсифицированная/ контрафактная медицинская продукция
 - 17.4 Последующие действия в связи с докладом Консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация
 - 17.5 Глобальная стратегия и план действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности

СПИСОК ДОКУМЕНТОВ

- A68/1 Rev.1 Повестка дня¹
- A68/1 Add.1 Предложение о включении в повестку дня дополнительного пункта
- A68/2 Доклад Исполнительного комитета о его Сто тридцать пятой и Сто тридцать шестой сессиях и о его специальной сессии по Эболе
- A68/3 Выступление Генерального директора д-ра Маргарет Чен на Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A68/4 Обзор осуществления реформы
- A68/5 Механизм взаимодействия с негосударственными структурами
- A68/6 Исполнение Программного бюджета на 2014–2015 гг.: среднесрочный обзор
- A68/7 Предлагаемый программный бюджет на 2016–2017 гг.
- A68/7 Add.1 Проект резолюции: Программный бюджет на 2016–2017 гг.
- A68/8 Итоги второй Международной конференции по вопросам питания²
- A68/9 Питание матерей и детей грудного и раннего возраста: разработка основного набора показателей³
- A68/10 Обновленная информация о Комиссии по ликвидации детского ожирения
- A68/11 Последующие действия в связи с совещанием высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 2014 г. по всеобъемлющему обзору и оценке прогресса, достигнутого в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними
- A68/12 Глобальное бремя эпилепсии и необходимость координированных мер на страновом уровне в целях воздействия на его последствия в области здравоохранения, в социальной сфере и области информирования общественности

¹ См. с. ix.

² См. Приложение 6.

³ См. Приложение 7.

- A68/13 Мониторинг достижения связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития
- A68/14 Вопросы здравоохранения в повестке дня в области развития после 2015 г.
- A68/15 Здоровье подростков
- A68/16 Женщины и здоровье: 20–летие Пекинской декларации и Платформы действий
- A68/17 Содействие социальному и экономическому развитию: устойчивые межсекторальные действия по повышению уровня здоровья и справедливости в области здравоохранения (выполнение решений восьмой Глобальной конференции по укреплению здоровья)
- A68/18 Здоровье и окружающая среда: решение проблемы воздействия загрязнения воздуха на здоровье
- A68/19 Устойчивость к противомикробным препаратам. Краткий доклад о ходе осуществления резолюции WHA67.25 об устойчивости к противомикробным препаратам
- A68/20 и
A68/20 Согр.1 Устойчивость к противомикробным препаратам. Проект глобального плана действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам¹
- A68/21 и
A68/21 Add.1 Полиомиелит
- A68/21 Add.2 Доклад о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения²
- A68/21 Add.3 Временные рекомендации в отношении международного распространения дикого полиовируса: соображения, касающиеся их продолжения в свете Статьи 15.3 Международных медико–санитарных правил (2005 г.)
- A68/22 Осуществление Международных медико–санитарных правил (2005 г.)

¹ См. Приложение 3.

² См. Приложение 8.

- A68/22 Add.1 Доклад Комитета по обзору в отношении второго продления сроков создания национальных основных возможностей в области общественного здравоохранения и осуществления ММСП¹
- A68/23 Ответные меры ВОЗ в случае тяжелых широкомасштабных чрезвычайных ситуаций
- A68/24 Вспышка болезни, вызванной вирусом Эбола, 2014 г.: текущий контекст и задачи; ликвидация эпидемии и обеспечение готовности в незатронутых странах и регионах
- A68/25 Группа по промежуточной оценке Эболы
- A68/26 Вспышка болезни, вызванной вирусом Эбола, 2014 г., и последующие действия в связи со специальной сессии Исполнительного комитета по болезни, вызванной вирусом Эбола: варианты создания фонда непредвиденных расходов для поддержки потенциала ВОЗ в области реагирования на чрезвычайные ситуации
- A68/27 Глобальные кадровые ресурсы для чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения
- A68/28 Малярия: проект глобальной технической стратегии: период после 2015 г.²
- A68/28 Add.1 Доклад о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения³
- A68/29 Денге: профилактика и борьба
- A68/30 Глобальный план действий в отношении вакцин
- A68/31 Укрепление неотложной и основной хирургической помощи и анестезии в качестве компонента всеобщего охвата медико–санитарной помощью
- A68/32 Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения
- A68/32 Add.1 Доклад Консультативной группы экспертов по актуальности и эффективности Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения (2010 г.)
- A68/33 Некондиционная/ поддельная/ ложно маркированная/ фальсифицированная/ контрафактная медицинская продукция

¹ См. Приложение 2.

² См. Приложение 1

³ См. Приложение 8.

- A68/34 Последующие действия в связи с докладом Консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация
- A68/34 Add.1 Демонстрационные проекты в области научных исследований и разработок
- A68/35 Глобальная стратегия и план действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности¹
- A68/36 Доклады о ходе работы
- A68/37 Медико–санитарные условия проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах
- A68/38 Финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за год, закончившийся 31 декабря 2014 г.
- A68/39 Состояние поступления обязательных взносов, включая вопрос о государствах–членах, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение Статьи 7 Устава
- A68/40 Шкала обязательных взносов на 2016–2017 гг.
- A68/41 Отчет Внешнего ревизора
- A68/42 Отчет Внутреннего ревизора
- A68/43 Назначение Внешнего ревизора
- A68/44 Кадровые ресурсы
- A68/45 Доклад Комиссии по международной гражданской службе
- A68/46 Поправки к Положениям о персонале и Правилам о персонале²
- A68/47 Доклад Правления Объединенного пенсионного фонда персонала Организации Объединенных Наций
- A68/48 Назначение представителей в Комитет Пенсионного фонда персонала ВОЗ
- A68/49 Недвижимое имущество: обновленная информация о стратегии ремонта зданий в Женеве

¹ См. Приложение 5.

² См. Приложение 4.

- A68/50 Сотрудничество в рамках системы Организации Объединенных Наций и с другими межправительственными организациями
- A68/51 Rev.1 Вспышка болезни, вызванная вирусом Эбола, 2014 г. и последующие действия в связи со Специальной сессией Исполнительного комитета по болезни, вызванной вирусом Эбола
Проект решения, предложенного Секретариатом
- A68/52 Обзор осуществления реформы
Доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A68/53 Механизм взаимодействия с негосударственными структурами
Доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A68/54 Исполнение Программного бюджета на 2014–2015 гг.: среднесрочный обзор
Доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A68/55 Предлагаемый программный бюджет на 2016–2017 гг.
Доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A68/56 Вспышка болезни, вызванной вирусом Эбола, 2014 г., и последующие действия в связи со специальной сессией Исполнительного комитета по болезни, вызванной вирусом Эбола: варианты создания фонда непредвиденных расходов в поддержку потенциала ВОЗ в области реагирования на чрезвычайные ситуации
Доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A68/57 Финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за год, закончившийся 31 декабря 2014 г.
Доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения

- A68/58 Состояние поступления обязательных взносов, включая вопрос о государствах–членах, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение Статьи 7 Устава
Доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A68/59 Отчет Внешнего ревизора
Доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A68/60 Отчет Внутреннего ревизора
Доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A68/61 Кадровые ресурсы
Доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A68/62 Недвижимое имущество: обновленная информация о стратегии ремонта зданий в Женеве
Доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A68/63 Комитет по проверке полномочий
- A68/64 Выборы государств–членов, которым предоставляется право назначить по одному лицу в состав Исполнительного комитета
- A68/65 Первый доклад Комитета А
- A68/66 Первый доклад Комитета В
- A68/67 Второй доклад Комитета А
- A68/68 Второй доклад Комитета В
- A68/69 Третий доклад Комитета А
- A68/70 Третий доклад Комитета В
- A68/71 Четвертый доклад Комитета А
- A68/72 Rev.1 Четвертый доклад Комитета В

- A68/73 Пятый доклад Комитета А
- A68/74 Пятый доклад Комитета В
- A68/75 Шестой доклад Комитета А

Информационные документы

- A68/INF./1 Приложение к финансовому отчету за год, закончившийся 31 декабря 2014 г. Добровольные взносы в разбивке по фондам и по вкладчикам
- A68/INF./2 Медико–санитарные условия проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах. Доклад Министерства здравоохранения Сирийской Арабской Республики
- A68/INF./3 Медико–санитарные условия проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах
Заявление Правительства Израиля
- A68/INF./4 Медико–санитарные условия проживания населения на оккупированной территории Палестины, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах
Доклад Директора Отдела здравоохранения БАПОР
- A68/INF./5 Медико–санитарные условия проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах
Доклад по просьбе Постоянного наблюдателя от Палестины при Организации Объединенных Наций и других международных организациях в Женеве
- A68/INF./6 [Документ отменен]
- A68/INF./7 Предлагаемый программный бюджет на 2016–2017 гг.
Процесс, расчет затрат и финансирование

Прочие документы

- A68/DIV/1 Rev.1 Список делегатов и других участников
- A68/DIV./2 Информационная справка для делегатов Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A68/DIV./3 Решения и список резолюций

A68/DIV./4 Список документов

A68/DIV./5 Выступление Ее Превосходительства Федерального канцлера
Федеративной Республики Германии Ангелы Меркель на Шестьдесят
восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения

ДОЛЖНОСТНЫЕ ЛИЦА АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОСТАВ ЕЕ КОМИТЕТОВ

Председатель

г-н Jagat Prasad NADDA (Индия)

Заместители Председателя

д-р Li Bin (Китай)

г-н John David Edward BOYCE
(Барбадос)

д-р Ferozudin FEROUZ (Афганистан)

г-н Francesco MUSSONI (Сан-Марино)

д-р Awa Marie COLL SECK (Сенегал)

Секретарь

Д-р М. ЧЕН, Генеральный директор

Комитет по проверке полномочий

В состав Комитета по проверке полномочий вошли делегаты следующих государств-членов: Бельгия, Колумбия, Джибути, Габон, Гвинея-Бисау, Гондурас, Лесото, Сингапур, Швейцария, Таджикистан, Тимор-Лешти и Тонга.

Председатель: г-жа Muriel PENEVEYRE
(Швейцария)

Заместитель Председателя: д-р Médard
TOUNG MVE (Габон)

Секретарь: г-жа Joanne McKEOUGH
(Ст. 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, Бурунди, Коморские Острова, Куба, Франция, Гана, Индонезия, Латвия, Черногория, Оман, Перу, Российская Федерация, Южный Судан, Сирийская Арабская Республика, Соединенное

Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Соединенные Штаты Америки и Вьетнам.

Председатель: г-н Jagat Prasad NADDA
(Индия)

Секретарь: д-р Маргарет ЧЕН,
Генеральный директор

ГЛАВНЫЕ КОМИТЕТЫ

В соответствии со статьей 33 Правил процедуры Ассамблеи здравоохранения каждая делегация могла быть представлена в каждом главном комитете одним из ее членов.

Комитет А

Председатель: д-р Eduardo JARAMILLO
NAVARRETE (Мексика)

Заместители Председателя:

г-жа Dorcas MAKGATO (Ботсвана) и

г-н Bahar Idris ABU GARDA (Судан)

Докладчик: д-р Liis ROVÄLI (Эстония)

Секретарь: д-р Timothy ARMSTRONG,
Координатор, Эпиднадзор и
профилактика среди населения

Комитет В

Председатель: г-н Michael MALABAG
(Папуа-Новая Гвинея)

Заместители Председателя:

д-р Raymond BUSUTTIL (Мальта) и

г-н Khaga Raj ADHIKARI (Непал)

Докладчик: д-р Guy FONES (Чили)

Секретарь: д-р Clive ONDARI, координатор,
Доступ к лекарственным средствам и их
рациональное использование

ПРЕДСТАВИТЕЛИ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

д-р Mariyam SHAKEELA (Мальдивские Острова)

д-р Dirk CUYPERS (Бельгия)

д-р Walid AMMAR (Ливан)

д-р Yankalbe Paboung MATCHOCK MAHOURI (Чад)

РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ

РЕЗОЛЮЦИИ

WHA68.1 Программный бюджет на 2016–2017 гг.

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,
рассмотрев Предлагаемый программный бюджет на 2016–2017 гг.¹,

принимая во внимание исключительные обстоятельства, связанные с кризисной ситуацией, вызванной Эболой, и дополнительный объем работы, который потребуется для обеспечения готовности ВОЗ к эффективному реагированию на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения, а также для проведения реформ, направленных на усиление подотчетности, транспарентности, финансового руководства, эффективности и отчетности о результатах деятельности ВОЗ,

1. УТВЕРЖДАЕТ программу работы, содержащуюся в Предлагаемом программном бюджете на 2016–2017 гг.;

2. УТВЕРЖДАЕТ бюджет на финансовый период 2016–2017 гг. по всем источникам финансирования, то есть обязательным и добровольным взносам, в размере 4385 млн. долл. США;

3. РАСПРЕДЕЛЯЕТ бюджет на финансовый период 2016–2017 гг. по следующим категориям и другим областям:

- (1) Инфекционные болезни: 765 млн. долл. США;
- (2) Неинфекционные заболевания: 340 млн. долл. США;
- (3) Укрепление здоровья на протяжении всей жизни: 382 млн. долл. США;
- (4) Системы здравоохранения: 594 млн. долл. США;
- (5) Обеспечение готовности, эпиднадзор и ответные меры: 380 млн. долл. США;
- (6) Вспомогательные функции/корпоративные услуги: 734 млн. долл. США;

Другие области:

Полиомиелит, научные исследования в области тропических болезней и научные исследования в области репродукции человека: 986 млн. долл. США;

Реагирование на вспышки болезней и кризисы: 204 млн. долл. США;

¹ Документ A68/7.

4. ПОСТАНОВЛЯЕТ, что бюджет будет финансироваться следующим образом:

(1) за счет чистых обязательных взносов государств–членов, скорректированных с учетом предполагаемых поступлений со стороны государств–членов, помимо обязательных взносов, на общую сумму 929 млн. долл. США;

(2) за счет добровольных взносов на общую сумму 3456 млн. долл. США;

5. ПОСТАНОВЛЯЕТ ДАЛЕЕ, что общий размер обязательного взноса каждого государства–члена уменьшается на сумму, причитающуюся им из Фонда регулирования налогообложения персонала; сумма такого уменьшения корректируется в случае тех государств–членов, граждане которых являются штатными сотрудниками ВОЗ и должны платить подоходный налог с получаемого ими в ВОЗ вознаграждения; Организация возмещает налоговые платежи указанным штатным сотрудникам; расчетная сумма таких налоговых возмещений составляет 27 млн. долл. США, в результате чего общая сумма обязательных взносов государств–членов составляет 956 млн. долл. США;

6. ПОСТАНОВЛЯЕТ сохранить Фонд оборотных средств на его нынешнем уровне в размере 31 млн. долл. США;

7. УПОЛНОМОЧИВАЕТ Генерального директора использовать обязательные взносы вместе с добровольными взносами, при условии наличия ресурсов, для финансирования бюджета в соответствии с позициями, указанными в пункте 3, в пределах утвержденных сумм;

8. УПОЛНОМОЧИВАЕТ ДАЛЕЕ Генерального директора, в случае необходимости, производить перемещения бюджетных средств между шестью категориями в размерах, не превышающих 5% суммы, ассигнованной на категорию, из которой производится перемещение. Любые такие перемещения будут отражаться в установленных нормативными документами отчетах соответствующих руководящих органов;

9. УПОЛНОМОЧИВАЕТ ДАЛЕЕ Генерального директора, в случае необходимости, нести расходы по компоненту бюджета, связанному с реагированием на вспышки болезней и кризисы, сверх суммы, ассигнованной на этот компонент, при условии наличия ресурсов, и предлагает Генеральному директору представлять руководящим органам доклад о наличии ресурсов и расходах по данному компоненту;

10. УПОЛНОМОЧИВАЕТ ДАЛЕЕ Генерального директора, в случае необходимости, нести расходы по компонентам бюджета, связанным с полиомиелитом, научными исследованиями в области тропических болезней и научными исследованиями в области репродукции человека, сверх сумм, ассигнованных на эти компоненты, в связи с наличием дополнительных механизмов стратегического руководства и мобилизации ресурсов, а также их бюджетного цикла, которые учитываются при формировании годовых/двухгодичных бюджетов этих специальных программ, при условии наличия ресурсов, и предлагает Генеральному директору представлять руководящим органам доклад о наличии ресурсов и расходах по данным компонентам;

11. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору представлять Всемирной ассамблее здравоохранения, через Исполнительный комитет и его Комитет по программным, бюджетным и административным вопросам, регулярные доклады о финансировании и исполнении бюджета, представленного в документе А68/7, а также о результатах диалога о финансировании, стратегическом распределении ресурсов с возможностью гибкого финансирования и о результатах осуществления стратегии скоординированной мобилизации ресурсов.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2015 г. –
Комитет А, первый доклад)

WHA68.2 Глобальная техническая стратегия и цели в отношении малярии на 2016–2030 гг.¹

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о малярии: проект глобальной технической стратегии: период после 2015 г.²;

ссылаясь на резолюции WHA58.2 о борьбе против малярии, WHA60.18 о малярии, включая предложение об учреждении Всемирного дня борьбы против малярии, и WHA64.17 о малярии, а также на резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 65/273, 66/289, 67/299 и 68/308 о закреплении достигнутых успехов и активизации борьбы с малярией и усилий, направленных на ее ликвидацию к 2015 году в развивающихся странах, особенно в Африке;

признавая прогресс на пути к достижению 6-ой Цели тысячелетия в области развития (Борьба против ВИЧ/СПИДа, малярии и других заболеваний) и выполнению целевых задач, поставленных в резолюции Ассамблеи здравоохранения WHA58.2 о борьбе против малярии;

признавая, что эти достижения, в случае их подкрепления дополнительными инвестициями в новые затратноэффективные медико-санитарные меры вмешательства, обеспечивают возможность дальнейшего снижения высокого бремени малярии и ускорения прогресса на пути к ее ликвидации;

принимая к сведению тот факт, что, по оценкам, в 2013 году было зарегистрировано около 200 миллионов случаев малярии; что эта болезнь явилась причиной смерти более 580 000 человек в 2013 году, главным образом детей в возрасте до пяти лет в Африке, и налагает существенное бремя на домашние хозяйства, общины и медико-санитарные услуги в странах с высоким уровнем этой болезни;

¹ Финансовые и административные последствия этой резолюции для Секретариата см. в Приложении 8.

² Документ А68/28.

и что в том случае, если усилия по снижению этого бремени не будут активизированы, показатели заболеваемости и смертности станут еще выше;

признавая, что хотя меры вмешательства в целях борьбы против малярии весьма затратноэффективны, тем не менее, существует срочная необходимость рассмотреть и преодолеть барьеры, которые сдерживают всеобщий доступ групп населения, подвергающихся риску, к мерам по борьбе с переносчиками этой болезни, превентивным методам лечения, диагностическим тестам гарантированного качества и лечению малярии;

признавая также, что показатели заболеваемости и смертности в связи с малярией во всем мире можно существенно снизить за счет политической поддержки и соизмеримых ресурсов, если среди общественности будет проводиться массово–просветительская и информационно–разъяснительная работа по поводу малярии и если будет обеспечено наличие надлежащих медико–санитарных услуг, особенно в странах, в которых эта болезнь носит эндемичный характер;

будучи глубоко обеспокоена по поводу угрозы в области здравоохранения на региональном и глобальном уровнях в результате возникновения и распространения устойчивости к инсектицидам и лекарственным препаратам, в т.ч. устойчивости к артемизинину, и систематических проблем, сдерживающих дальнейший прогресс, включая слаборазвитые системы здравоохранения и эпиднадзора за болезнями во многих затронутых странах;

осознавая тяжелое экономическое и социальное бремя, налагаемое малярией на наиболее уязвимые и беднейшие общины в странах, в которых малярия носит эндемичный характер, и несоразмерное бремя этой болезни, которое приходится нести странам Африки к югу от Сахары, а также группам высокого риска, включая мигрантов и мобильные группы населения;

осознавая также тот факт, что снижение бремени малярии может привести к улучшению социальных условий и дать сообществам возможность вырваться из нищеты, и что это оказывает положительное экономическое и социальное воздействие;

признавая, что достигнутые в последнее время успехи в деле профилактики малярии и борьбы с ней носят неустойчивый характер и что дальнейший прогресс зависит от действий в рамках сектора здравоохранения и за его пределами, что предполагает необходимость долгосрочных политических и финансовых обязательств, активного регионального сотрудничества, укрепления систем здравоохранения и инвестиций в инновации и научно–исследовательскую деятельность;

признавая, что в нынешнем взаимосвязанном и взаимозависимом мире ни у одной страны нет гарантии того, что она не подвергнется риску малярии, включая и страны, которые недавно избавились от этой болезни, равно как и страны, которые не являются эндемичными по малярии,

1. ПРИНИМАЕТ глобальную техническую стратегию в отношении малярии на 2016–2030 годы с учетом:

- (1) ее четкого видения мира, избавленного от малярии, и ее целей снизить к 2030 году показатели заболеваемости и смертности на глобальном уровне, как минимум на 90%, ликвидировать малярию, как минимум в 35 новых странах по сравнению с 2015 годом, и предотвратить ее возобновление в странах, в которых в 2015 году случаев малярии не было;
- (2) установленных в ней основных этапов на 2020 и 2025 годы;
- (3) ее пяти принципов: активизации усилий, направленных на ликвидацию; ответственности и руководства на уровне стран с привлечением и участием местных сообществ; совершенствования эпиднадзора, мониторинга и оценки; равноправного доступа к медико–санитарным услугам; и инновационных методов и подходов к работе по осуществлению;
- (4) ее трех базовых элементов: обеспечение всеобщего доступа к средствам профилактики, диагностики и лечения малярии; активизация мер, направленных на ликвидацию малярии, и достижение статуса стран, избавленных от малярии; придание санитарно–эпидемиологическому надзору за малярией характера одной из основных мер вмешательства;
- (5) ее двух вспомогательных элементов: реализация потенциала инноваций и расширение научных исследований; и укрепление благоприятных условий;

2. ПРИЗЫВАЕТ государства–члены¹:

- (1) обновить национальные стратегии и оперативные планы в области борьбы против малярии в соответствии с рекомендациями глобальной технической стратегии в отношении малярии на 2016–2030 годы;
- (2) активизировать национальные и региональные усилия по снижению показателей заболеваемости и смертности от малярии в странах с высоким бременем этой болезни и ускорить прогресс на пути к ее ликвидации и, – там, где это возможно, – сохранить статус страны, избавленной от малярии;
- (3) укрепить системы здравоохранения, в том числе на уровне государственного и частного секторов, и разработать планы по достижению и поддержанию всеобщего доступа групп населения, подвергающихся риску, к рекомендованным ВОЗ основным медико–санитарным мерам вмешательства;
- (4) наращивать усилия на национальном, трансграничном, региональном и субрегиональном уровнях в целях устранения угрозы, которая возникает

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

в результате повышения устойчивости к инсектицидам и лекарственным средствам, включая устойчивость к артемизинину;

(5) расширять межведомственное сотрудничество, информационно–просветительские программы и привлечение сообществ в целях укрепления усилий, направленных на борьбу против малярии и ее ликвидацию;

(6) создать и, при необходимости, укрепить национальные системы санитарно–эпидемиологического надзора за малярией и соответствующих ответных мер в целях повышения качества данных и эффективности и результативности национальных мер борьбы против малярии;

(7) разработать всестороннюю модель трансграничных мер борьбы с малярией и ее лечения, в соответствующих случаях, усилить трансграничное сотрудничество, повысить эффективность мер по ликвидации малярии, используя в качестве основной платформы систему первичной медико–санитарной помощи, и интегрировать эту модель в более широкие системы предоставления услуг здравоохранения;

(8) расширять базовые и прикладные научные исследования по проблематике малярии и ускорять темпы быстрой разработки и принятия высококачественных и затратоэффективных новых средств, в частности вакцин, лекарственных препаратов, диагностических средств, методов санитарно–эпидемиологического надзора, инсектицидов и средств борьбы с переносчиками, в целях профилактики малярии и борьбы с ней и сотрудничать по новым подходам;

(9) укреплять потенциал кадровых ресурсов и инфраструктуру в целях повышения эффективности, результативности и устойчивости мер борьбы против малярии в условиях обеспечения интеграции и взаимодействия с более широкими секторами системы здравоохранения;

(10) рассмотреть финансовые последствия этой резолюции в более широком контексте развития сектора здравоохранения и увеличить финансирование на национальном, региональном и международном уровнях на осуществление мер вмешательства против малярии, а также на реализацию трансграничных и региональных инициатив;

3. ПРЕДЛАГАЕТ международным, региональным и национальным партнерам как в секторе здравоохранения, так и за его пределами, в частности тем, которые участвуют в работе Партнерства «Обратить вспять малярию», принимать участие и оказывать поддержку в работе по осуществлению глобальной технической стратегии в отношении малярии на 2016–2030 годы;

4. ПРИЗЫВАЕТ международных партнеров ВОЗ, включая межправительственные и международные организации, финансовые учреждения, академические и научно–

исследовательские учреждения, гражданское общество и частный сектор, оказывать, при необходимости, соответствующую поддержку государствам–членам¹:

- (1) мобилизовать достаточные и предсказуемые финансовые средства в целях создания условий для ускорения работы по снижению бремени малярии, особенно в странах с высоким бременем этой болезни, и прогресса на пути к ее ликвидации в соответствии с основными этапами и целями, предложенными в глобальной технической стратегии в отношении малярии на 2016–2030 годы;
- (2) поддерживать работу по накоплению знаний, научные исследования и инновации в целях ускорения разработки новых методов, диагностических средств, лекарственных препаратов и вакцин, а также новых подходов к осуществлению санитарно–эпидемиологического надзора за переносчиками этой болезни, управлению данными, а также проведению оперативной работы и реализации программ;
- (3) согласовывать и включать оказание поддержки национальным программам борьбы с малярией в работу по принятию и осуществлению политики и стратегий, рекомендованных ВОЗ, а также обеспечивать долгосрочный устойчивый характер мер борьбы с малярией;

5. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

- (1) оказывать техническую поддержку и давать рекомендации государствам–членам² по вопросам осуществления, адаптации на национальном уровне и введению в действие глобальной технической стратегии в отношении малярии на 2016–2030 годы;
- (2) регулярно обновлять техническое руководство по профилактике, лечению и ликвидации малярии по мере получения новых фактических данных и разработки новых инновационных средств и подходов;
- (3) осуществлять контроль за осуществлением глобальной технической стратегии в отношении малярии на 2016–2030 годы и оценивать ее воздействие в плане обеспечения прогресса в реализации основных этапов и достижении поставленных целей;
- (4) укрепить возможности Секретариата, с тем чтобы он мог активизировать свою техническую поддержку государствам–членам¹ для достижения результатов, предусмотренных основными этапами, и установленных целей на глобальном уровне;
- (5) обеспечивать активное привлечение и координацию работы всех соответствующих подразделений Организации на глобальном уровне

¹ И, в соответствующих случаях, региональным организациям экономической интеграции.

в штаб-квартире и на региональном и страновом уровнях в деле продвижения и осуществления глобальной технической стратегии в отношении малярии на 2016–2030 годы;

(б) представить доклад о достигнутом прогрессе на Семидесятой и Семьдесят второй сессиях Всемирной ассамблеи здравоохранения и представлять такие доклады впоследствии на регулярной основе.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2015 г. –
Комитет А, первый доклад)

WHA68.3 Полиомиелит¹

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о полиомиелите² и порядке действий, который был определен решением Исполнительного комитета на его Сто тридцать шестой сессии³;

напоминая о резолюции WHA65.5 «Полиомиелит: усиление деятельности в рамках глобальной инициативы по ликвидации» и о том, что Шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла к сведению Стратегический план ликвидации полиомиелита и осуществления завершающего этапа на 2013–2018 годы и провела затем обзор достигнутого прогресса в его осуществлении⁴;

напоминая, что 5 мая 2014 года Генеральный директор объявила международное распространение дикого полиовируса чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, представляющей международное значение, и выпустила временные рекомендации в соответствии с Международными медико–санитарными правилами (2005 г.)⁵;

отмечая, что более 85% всех новых случаев заболевания в 2014 и 2015 годах имели место в Пакистане, и высоко оценивая героические усилия медработников на местах, правительства, населения и гражданских и религиозных лидеров Пакистана

¹ Финансовые и административные последствия этой резолюции для Секретариата см. в Приложении 8.

² Документ A68/21.

³ См. документ EB136/2015/REC/2, протокол Сто тридцать шестой сессии Исполнительного комитета, седьмое заседание.

⁴ См. документ WHA66/2013/REC/3, протокол Комитета А, девятое заседание, раздел 1, Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

⁵ Заявление ВОЗ по итогам совещания Комитета Международных медико–санитарных правил по чрезвычайной ситуации в отношении международного распространения дикого полиовируса, доступно на веб–сайте <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/polio-20140505/ru/> (по состоянию на 16 марта 2015 г.).

за их активную приверженность ликвидации полиомиелита, о чем свидетельствуют усилия по осуществлению плана на сезон низкой передачи в первой половине 2015 года, притом что они сталкиваются с беспрецедентными проблемами;

ссылаясь на резолюцию 69/132 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных, которая «настоятельно призывает в полной мере уважать нормы и принципы международного гуманитарного права ... [и] подчеркивает обязанность ... уважать статус и защищать медицинских работников и сотрудников гуманитарных организаций ... и настоятельно призывает государства разработать эффективные меры для предупреждения и искоренения насилия в отношении такого персонала»;

соглашаясь с выводами совещания Стратегической консультативной группы экспертов по иммунизации (Женева, 21–23 октября 2014 г.) об успешном продвижении подготовки к глобальному изъятию в апреле 2016 г. компонента типа 2 пероральной полиовакцины; и отмечая прогресс, достигнутый во внедрении к концу 2015 года инактивированной полиовакцины, в частности, в координации с такими партнерами, как Альянс ГАВИ,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства–члены, в которых происходит передача полиовируса:

(1) остановить любую передачу дикого полиовируса, осуществляя в полном объеме все стратегические подходы, указанные в Стратегическом плане ликвидации полиомиелита и осуществления завершающего этапа на 2013-2018 гг., и национальные планы чрезвычайных действий;

(2) обеспечить принятие всех необходимых мер для безопасного доступа медработников ко всем местным сообществам и обеспечить безопасность медработников, в том числе в результате надлежащего взаимодействия с лидерами общин и соответствующими правоохранительными органами, военными, невоенными и негосударственными субъектами и поддержки с их стороны;

(3) осуществить в полном объеме временные рекомендации в рамках Международных медико–санитарных правил (2005 г.) в целях сокращения риска международного распространения дикого полиовируса;

(4) активизировать трансграничное сотрудничество в целях улучшения мероприятий в области как вакцинации, так и эпиднадзора;

2. ПРИЗЫВАЕТ все государства–члены, использующие в настоящее время пероральную полиовирусную вакцину, подготовиться к глобальному изъятию в апреле 2016 года компонента типа 2 пероральной полиовакцины, в том числе:

(1) разработав к концу сентября 2015 года национальные планы изъятия компонента типа 2 пероральной полиовакцины в результате замены трехвалентной пероральной полиовирусной вакцины бивалентной пероральной полиовирусной вакциной;

(2) ускорив регистрацию бивалентной пероральной полиовирусной вакцины для использования в программах плановой иммунизации и, при необходимости и в порядке промежуточной меры, санкционировав ее использование на основе преквалификации ВОЗ;

(3) проводя национальную политику надлежащего уничтожения остающихся запасов трехвалентной вакцины;

(4) завершив внедрение инактивированной полиовакцины в оптимальном варианте до изъятия в апреле 2016 года компонента типа 2 пероральной полиовакцины;

3. ПРИЗЫВАЕТ все государства–члены¹:

(1) достичь и поддерживать эпиднадзор, отвечающий стандарту сертификации, в целях выявления полиовирусов, и реагировать в полном объеме на выявленные полиовирусы любого происхождения²; незамедлительно вводить в действие национальные меры действий при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения, в соответствующих случаях, в целях реагирования на новую вспышку полиомиелита в какой–либо свободной от полиомиелита стране по получении подтверждения выявления любых циркулирующих диких полиовирусов, полиовируса типа 2 вакцинного происхождения или полиовируса Сэбина после изъятия компонента типа 2 пероральной полиовирусной вакцины и обеспечить полное соблюдение пересмотренных протоколов реагирования на вспышки³, подготовленных на основе руководящих принципов в отношении реагирования на международные вспышки, которые содержатся в резолюции WHA59.1 о ликвидации полиомиелита;

(2) поддерживать глобальное расширение экологического надзора в стратегически отобранных точках высокого риска в дополнение к эпиднадзору за острым вялым параличом в целях оперативного выявления полиовирусов;

(3) оказывать поддержку государствам–членам, сталкивающимся с передачей полиовируса, в осуществлении усилий по ликвидации, в том числе посредством политического взаимодействия и оказания, в соответствующих случаях, дополнительной поддержки;

(4) осуществлять мониторинг потенциальных пробелов в области иммунитета населения и принимать к меры к устранению таких пробелов и дальнейшему

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

² Например, любой положительный образец от больного острым вялым параличом или контактировавших с ним лиц, экологический надзор и целевые анализы кала.

³ Responding to a poliovirus outbreak. Standard operating procedures for a new polio outbreak in a polio–free country (February 2015), доступно на веб–сайте: <http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PolioEradicators/1a.PolioOutbreakGuideline20150220.pdf> (по состоянию на 17 марта 2015 г.).

повышению иммунитета населения с помощью своевременной и полной плановой иммунизации и, при необходимости, дополнительных мероприятий высокого качества в области иммунизации;

(5) обеспечить в неотложном порядке финансовые ресурсы, необходимые для непрерывного осуществления в полном объеме Стратегического плана ликвидации полиомиелита и осуществления завершающего этапа на 2013-2018 годы, в том числе быстро и полностью задействуя обещанные средства и восполняя сохраняющиеся дефициты финансирования;

(6) возглавить разработку национальных планов для обеспечения того, чтобы активы, задействованные в борьбу против полиомиелита, усвоенные уроки и приобретенные знания использовались для поддержки других национальных приоритетов в области здравоохранения, в частности, проведения плановой иммунизации, и обеспечить использование в полном объеме потенциальных возможностей наследия ликвидации полиомиелита;

(7) обеспечить надлежащее сдерживание диких полиовирусов типа 2 в основных медучреждениях к концу 2015 года и полиовируса Сэбина типа 2 в пределах трех месяцев после глобального изъятия в апреле 2016 года компонента типа 2 пероральной полиовакцины¹;

(8) установить процедуры санкционирования импорта и использования моновалентной пероральной полиовакцины типа 2 из глобального запаса по получении санкции Генерального директора на ее передачу в случае чрезвычайной ситуации; хотя Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации рекомендовала поддерживать лишь глобальный запас моновалентной пероральной полиовакцины типа 2, государствам-членам, принимающим решение создать национальный запас этой вакцины, следует содержать этот запас с соблюдением условий сдерживания, которые проверяются Региональной комиссией по сертификации ликвидации полиомиелита на предмет соответствия Глобальному плану действий по сдерживанию¹, и получать у Генерального директора ВОЗ разрешение до ее передачи и использования;

4. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) продолжать сотрудничество со всеми соответствующими участвующими сторонами, правительствами и администраторами в партнерстве с другими организациями системы Организации Объединенных Наций и международными неправительственными организациями в целях поддержки национальных усилий для ликвидации полиомиелита на благо детей во всех областях;

¹ WHO global action plan to minimize poliovirus facility-associated risk after type-specific eradication of wild polioviruses and sequential cessation of OPV use. Geneva: World Health Organization; 2014, доступно на: http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PostEradication/GAPIII_2014.pdf, (по состоянию на 17 марта 2015 г.).

- (2) продолжать координацию со всеми соответствующими партнерами, включая производителей вакцин, в целях оказания государствам–членам всемерной поддержки в осуществлении глобально координируемого поэтапного изъятия пероральных полиовакцин из всех программ иммунизации, начиная с компонента типа 2 пероральной полиовакцины в апреле 2016 года, в том числе обеспечивая достаточные мировые поставки инактивированной полиовакцины для использования во всех странах, внедряющих эту вакцину в свои схемы плановой иммунизации;
- (3) обеспечить ускоренную преквалификацию бивалентной пероральной полиовакцины для использования в программах плановой иммунизации с целью поддержать ее внедрение государствами–членами;
- (4) создать механизм, обеспечивающий полномочия Генерального директора в отношении своевременной и справедливой передачи глобального запаса моновалентной пероральной полиовакцины типа 2¹ всем государствам–членам, и разработать процедуру санкционирования Генеральным директором передачи, а также в отношении использования моновалентной пероральной полиовакцины типа 2 странами, поддерживающими национальный запас этой вакцины;
- (5) оказывать поддержку государствам–членам², партнерам и заинтересованным сторонам в разработке планов обеспечения того, чтобы активы, задействованные в борьбе против полиомиелита, усвоенные уроки и приобретенные знания использовались для поддержки широкой повестки дня в области иммунизации и других приоритетов в области здравоохранения и чтобы потенциальные возможности наследия ликвидации полиомиелита были реализованы в полном объеме;
- (6) ежегодно представлять доклад вплоть до Семьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения о достигнутом прогрессе в направлении прочного избавления человечества от полиомиелита и представлять своевременную и прозрачную финансовую информацию, включая подробности о любых бюджетных узких местах или изменениях, которые могли бы негативно сказаться на осуществлении в полном объеме Стратегического плана ликвидации полиомиелита и осуществления завершающего этапа на 2013–2018 годы.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г. –
Комитет А, третий доклад)

¹ Operational Framework for Monovalent Oral Poliovirus Type 2 (mOPV2) deployment and replenishment (during the endgame period), доступен на веб–сайте: http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PostEradication/mOPV2_Operational_Framework.pdf (по состоянию на 5 мая 2015 г.)

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

WHA68.4 Картирование риска желтой лихорадки и рекомендованная вакцинация для лиц, совершающих поездки¹

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад об осуществлении Международных медико–санитарных правил (2005 г.): принятие ответных мер в условиях чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения²;

ссылаясь на принятие Шестьдесят седьмой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения обновленного Приложения 7 к Международным медико–санитарным правилам (2005 г.)³ и доклад Стратегической консультативной группы экспертов по иммунизации⁴ с рекомендациями о достаточности одной дозы вакцины против желтой лихорадки для обеспечения устойчивого иммунитета и пожизненной защиты от желтой лихорадки, об отсутствии необходимости в бустерной дозе вакцины против желтой лихорадки и о том, чтобы свидетельство о вакцинации против желтой лихорадки действовало на протяжении всей жизни вакцинированного лица;

подчеркивая тот факт, что государства–участники могут незамедлительно применить эти изменения, несмотря на то, что Приложение 7 к Международным медико–санитарным правилам (2005 г.) с внесенными поправками должно вступить в силу в июне 2016 года в соответствии со Статьей 59 Правил;

отмечая, что для целей Приложения 7 к Международным медико–санитарным правилам (2005 г.) вакцинация против желтой лихорадки может требоваться от любого лица, совершающего поездку и покидающего район, в котором, по определению Организации, присутствует риск передачи желтой лихорадки,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства–члены⁵:

(1) в течение переходного периода по июнь 2016 года проинформировать ВОЗ о том, согласны ли они продлить срок действия свидетельства о вакцинации против желтой лихорадки до конца жизни индивидуума;

(2) соблюдать рекомендацию ВОЗ в отношении определения зон с риском желтой лихорадки и рекомендации о вакцинации против желтой лихорадки для лиц, совершающих поездки;

¹ Финансовые и административные последствия этой резолюции для Секретариата см. в Приложении 8.

² См. документ A68/22.

³ См. резолюцию WHA67.13 и документ WHA67/2014/REC/1, Приложение 5.

⁴ Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, April 2013 – conclusions and recommendations. Weekly Epidemiological Record, 2013; 88(20): 201–216 (<http://www.who.int/wer/2013/wer8820.pdf?ua=1>, по состоянию на 4 мая 2015 г.).

⁵ И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) публиковать и обновлять в реальном времени онлайн-перечень стран, признающих свидетельства против желтой лихорадки, которые действуют на протяжении всей жизни вакцинированного лица;

(2) учредить официальную научно-техническую консультативную группу по картированию риска желтой лихорадки с участием стран, где существуют районы, подвергающиеся риску желтой лихорадки, с целью: (i) поддерживать обновленное картирование риска желтой лихорадки; и (ii) обеспечить руководящие указания по вакцинации против желтой лихорадки лиц, совершающих поездки, с тем, чтобы способствовать международным поездкам.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г. –
Комитет А, третий доклад)

**WHA68.5 Рекомендации Комитета по обзору в отношении второго
продления сроков создания национальных основных
возможностей в области общественного здравоохранения и
осуществления ММСП¹**

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад Комитета по обзору в отношении второго продления сроков создания национальных основных возможностей в области общественного здравоохранения и осуществления ММСП²,

напоминая государствам-членам об их правах и обязанностях в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.) и их ответственности перед международным сообществом;

ссылаясь на окончательный доклад Комитета по обзору о функционировании Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в связи с пандемией гриппа А (H1N1) – 2009, представленный Генеральным директором Шестьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения³;

¹ Финансовые и административные последствия этой резолюции для Секретариата см. в Приложении 8.

² Документ A68/22 Add.1.

³ Документ A64/10, рассмотренный в Комитетом А Шестьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения на его втором и третьем заседаниях, содержится в документе WHA64/2011/REC/3.

принимая во внимание создание Комитета по обзору в соответствии со статьями 5 и 13 Международных медико–санитарных правил (2005 г.) и как предусмотрено в Главе III Части IX указанных Правил;

с удовлетворением отмечая успешное завершение работы Комитета по обзору в отношении второго продления сроков создания национальных основных возможностей в области общественного здравоохранения и осуществления ММСП, руководящую роль его председателя, ответственное отношение к работе его заслуженных членов и представление его окончательного доклада Генеральному директору для передачи на рассмотрение Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства–члены оказывать поддержку выполнению рекомендаций, содержащихся в окончательном докладе Комитета по обзору в отношении второго продления сроков создания национальных основных возможностей в области общественного здравоохранения и осуществления ММСП¹;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) представить обновленную информацию о ходе работ по выполнению рекомендаций Комитета по обзору в отношении второго продления сроков создания национальных основных возможностей в области общественного здравоохранения и осуществления ММСП на рассмотрение Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения;

(2) оказывать техническое содействие государствам–членам в выполнении рекомендаций Комитета по обзору в отношении второго продления сроков создания национальных основных возможностей в области общественного здравоохранения и осуществления ММСП.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г. –
Комитет А, третий доклад)

WHA68.6 Глобальный план действий в отношении вакцин²

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о глобальном плане действий в отношении вакцин³;

подчеркивая важность иммунизации в качестве одной из наиболее эффективных мер вмешательства в области общественного здравоохранения и доступа к

¹ См. Приложение 2.

² Финансовые и административные последствия этой резолюции для Секретариата см. в Приложении 8.

³ Документ A68/30.

иммунизации в качестве одного из ключевых этапов на пути к обеспечению доступа к услугам здравоохранения и всеобщего охвата населения медицинской помощью;

признавая прогресс, достигнутый в деле глобальной иммунизации, и обязательство, предусмотренное Десятилетием вакцин (2011–2020 гг.), достичь целей и основных ориентиров в области иммунизации;

ссылаясь на резолюции WHA58.15 и WHA61.15, посвященные глобальной стратегии в области иммунизации, резолюцию WHA65.17 о глобальном плане действий в отношении вакцин, резолюцию WHA61.21 о глобальной стратегии и плане действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности, резолюцию WHA54.11 о стратегии ВОЗ в области лекарственных средств и резолюцию WHA67.20 об укреплении нормативной системы для медицинской продукции;

отмечая с озабоченностью тот факт, что охват иммунизацией на глобальном уровне с конца 2000–х годов увеличился лишь незначительно; и что в 2013 году более 21 миллиона детей в возрасте до года не прошли полную вакцинацию с помощью трех доз вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша;

признавая, что имеющиеся новые вакцины, воздействующие на важные причины возникновения таких предупреждаемых путем вакцинации болезней, как пневмония, диарея и рак шейки матки, могут предотвратить ведущие причины смерти детей или женщин;

признавая, что для успеха программ национальной иммунизации требуется устойчивая политическая и финансовая поддержка государств–членов;

положительно оценивая вклад ВОЗ, ЮНИСЕФ, Альянса ГАВИ и всех партнеров в их усилия, направленные на оказание поддержки в работе в целях введения в практику новых вакцин в развивающихся странах и укрепления услуг в области иммунизации;

будучи обеспокоена ростом неравенства между государствами–членами по причине, в частности, усиления финансового бремени, связанного с новыми вакцинами, и того факта, что они могут отвечать или не отвечать критериям оказания финансовой и технической поддержки со стороны глобальных партнеров;

будучи обеспокоена тем, что многие страны с низким и средним уровнем доходов могут не располагать возможностью доступа к новым и улучшенным вакцинам, особенно по причине затрат на приобретение и внедрение этих вакцин; и выражая озабоченность увеличением расходов на программы всеобщей иммунизации в силу удорожания рекомендуемых ВОЗ вакцин;

признавая тот факт, что общедоступные данные о ценах на вакцины скудны и что наличие информации о ценах имеет важное значение, позволяя государствам–членам облегчить работу по введению в практику новых вакцин;

ссылаясь на ежегодные выступления многих государств–членов по пункту повестки дня Ассамблеи здравоохранения, посвященному иммунизации, с выражением озабоченности ценовой недоступностью новых вакцин, и призывая глобальное сообщество поддержать стратегии снижения цен;

ссылаясь на глобальный механизм ВОЗ по расширению доступа к основным лекарственным средствам и его четырем компонентам: рациональный отбор и использование лекарственных средств, надежные системы здравоохранения и поставок, устойчивое финансирование и доступные цены;

принимая во внимание важность конкуренции в деле снижения цен и необходимость увеличения числа изготовителей, особенно в развивающихся странах, которые могут производить вакцины, получившие предварительную квалификацию ВОЗ, и создать конкурентоспособный рынок;

подчеркивая исключительно важную роль программ вакцинации и иммунизации в деле спасения жизни людей и стремясь обеспечить доступ к иммунизации для всех;

принимая во внимание с озабоченностью глобальный дефицит некоторых обычных регулярно применяемых вакцин, таких как вакцина БЦЖ и комбинированная вакцина против кори и краснухи;

признавая, что нехватка вакцин довольно часто является важной причиной нарушения схем вакцинации и что, таким образом, создание эффективных и устойчивых систем производства, поставок, закупок и предоставления вакцин имеет важное значение для обеспечения своевременного доступа ко всем необходимым вакцинам гарантированного качества;

испытывая озабоченность в связи с тем, что скептическое отношение к вакцинации продолжает возрастать в обществе, несмотря на доказанную эффективность и безопасность современных вакцин, и что многие дети не получают жизненно важных вакцин в результате недостаточного информирования родителей или работников здравоохранения или даже в результате активной пропаганды, направленной против использования вакцин,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства–члены¹:

- (1) выделять адекватные финансовые и кадровые ресурсы на включение вакцин в национальные схемы иммунизации и поддержание на устойчивом уровне программ иммунизации в соответствии с национальными приоритетами;
- (2) наращивать усилия, при необходимости и в соответствующих случаях, по объединению запасов закупаемых вакцин в рамках региональных и межрегиональных или, в соответствующих случаях, иных групп, что позволит увеличить их доступность посредством повышения экономии за счет масштабов;

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

(3) обеспечивать, при возможности и наличии, своевременное предоставление данных о ценах на вакцины ВОЗ для их публикации в целях увеличения их доступности за счет повышения прозрачности цен, в особенности на новые вакцины;

(4) изыскивать возможности создания национального и регионального потенциала по производству вакцин в соответствии с национальными приоритетами, который мог бы обеспечить их производство в соответствии с национальными регулятивными нормами, включая преквалификацию ВОЗ;

(5) разработать механизмы в целях повышения наличия сопоставительной информации о государственном финансировании разработки вакцин и проводить работу по созданию стратегий, способствующих укреплению здоровья населения в результате государственных инвестиций в разработку вакцин;

(6) поддерживать текущие усилия различных партнеров, работа которых координируется ВОЗ, в целях разработки и осуществления стратегий, направленных на устранение пробелов в наличии вакцин и иммунизации, которые имеют место в странах с низким и средним уровнями доходов, требующих оказания содействия;

(7) совершенствовать и поддерживать системы закупок и предоставления вакцин в целях обеспечения бесперебойных и приемлемых по стоимости безопасных поставок всех необходимых вакцин и их доступности для всех провайдеров услуг по иммунизации;

(8) усиливать информационно-просветительскую деятельность в отношении иммунизации и обеспечивать подготовку специалистов здравоохранения, а также информирование общественности по вопросам иммунизации для достижения ясного понимания преимуществ и рисков, связанных с иммунизацией.

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) изучить возможности по мобилизации финансовых средств для поддержки совместной работы с международными партнерами, донорами и производителями вакцин в порядке оказания странам с низким и средним уровнем доходов поддержки в обеспечении доступа к вакцинам, приемлемым по цене, доступного качества и в надлежащем количестве;

(2) продолжить создание и надлежащее управление общедоступными базами данных о ценах на вакцины, такими как веб-платформа ВОЗ по производству вакцин, их ценам и закупкам, сотрудничая с государствами-членами в целях увеличения наличия информации о ценах;

(3) отслеживать цены на вакцины с помощью системы ежегодной отчетности в рамках глобального плана действий в отношении вакцин;

- (4) оказывать техническую поддержку и способствовать мобилизации финансовых ресурсов для создания, в соответствующих случаях, объединенных механизмов закупок для использования государствами–членами;
- (5) укреплять программу преквалификации ВОЗ и оказывать техническую помощь развивающимся странам в целях наращивания потенциала в области исследований и разработок и передачи технологии и широкого круга других стратегий по разработке и производству вакцин, которые способствуют обеспечению должной конкуренции для создания здорового рынка вакцин;
- (6) информировать о технических, процессуальных и юридических барьерах, которые могут ставить под угрозу надежную конкуренцию, позволяющую ограничить цены на новые вакцины, и принимать меры в отношении других факторов, которые могут оказывать отрицательное воздействие на обеспечение наличия вакцин;
- (7) оказывать содействие в мобилизации ресурсов для стран, которым требуется помощь во внедрении новых вакцин в соответствии с глобальным планом действий в отношении вакцин и в соответствии с национальными приоритетами;
- (8) продолжать оказывать содействие государствам–членам в совершенствовании и поддержании их систем предоставления вакцин и продолжать оказывать техническую поддержку государствам–членам в расширении знаний и профессиональной подготовки их медработников, участвующих в программах вакцинации;
- (9) представить доклад о ходе работ по выполнению данной резолюции Ассамблее здравоохранения через Исполнительный комитет в рамках ежегодного доклада о глобальном плане действий в отношении вакцин.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г. –
Комитет А, пятый доклад)

WHA68.7 Глобальный план действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам¹

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев краткий доклад о ходе осуществления резолюции WHA67.25 об устойчивости к противомикробным препаратам и доклад по проекту глобального плана действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам²;

¹ Финансовые и административные последствия этой резолюции для Секретариата см. в Приложении 8.

² Документы A68/19, A68/20 и A68/20 Согг.1.

ссылаясь на резолюции WHA39.27 и WHA47.13 о рациональном использовании лекарственных средств, резолюцию WHA51.17 о возникающих и других инфекционных болезнях: устойчивость к противомикробным препаратам, резолюцию WHA54.14 о глобальной безопасности в вопросах здравоохранения: предупреждение об эпидемиях и ответные меры, резолюцию WHA58.27 об улучшении деятельности по сдерживанию резистентности к противомикробным препаратам, резолюцию WHA60.16 о прогрессе в рациональном использовании лекарственных средств, резолюцию WHA66.22 о последующих действиях в связи с докладом Консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация и резолюцию WHA67.25 об устойчивости к противомикробным препаратам;

сознавая, что доступ к эффективным противомикробным препаратам является предпосылкой развития большинства направлений современной медицины, что достигнутые ценой больших усилий преимущества в области здравоохранения и развития, в частности благодаря связанным со здоровьем Целям тысячелетия в области развития, подвергаются риску из-за растущей устойчивости к противомикробным препаратам и что эта устойчивость угрожает способности общественного здравоохранения реагировать на многие инфекционные болезни, включая туберкулез, малярию и ВИЧ/СПИД;

сознавая, что медико-санитарные и экономические последствия устойчивости к противомикробным препаратам возлагают тяжелое и возрастающее бремя на страны с высоким, средним и низким уровнем доходов, что требует неотложных действий на национальном, региональном и глобальном уровнях, особенно в связи ограниченной разработкой новых противомикробных препаратов;

признавая, что устойчивость к противомикробным препаратам сказывается, в основном, на здоровье людей, но что как способствующие ей факторы, так и ее последствия, в том числе экономические, не ограничиваются сферой здравоохранения и что существует потребность в согласованном, всеобъемлющем и комплексном подходе на глобальном, региональном и национальном уровнях в рамках концепции «Единое здравоохранение» и вне ее с участием различных субъектов и секторов, например медицины и ветеринарии, сельского хозяйства, финансов, экологии и потребителей;

сознавая, что во всех странах ненадлежащее использование противомикробных препаратов во всех соответствующих секторах остается неотложной и распространенной проблемой с серьезными последствиями в виде роста устойчивости к противомикробным препаратам у широкого круга патогенов, в том числе бактерий, вирусов и паразитов;

отмечая, что несмотря на десятилетия настойчивых усилий со стороны государств-членов, Секретариата и партнеров, большинство развивающихся стран все еще испытывают многочисленные трудности в повышении ценовой приемлемости качественных, безопасных и эффективных противомикробных препаратов, а также средств диагностики и обеспечении всеобщего доступа к ним;

признавая, что хотя на решение проблемы устойчивости к противомикробным препаратам уже были затрачены значительные средства, следует мобилизовать значительно бóльшие ресурсы на поддержку эффективных мероприятий на национальном, региональном и глобальном уровнях, в том числе на оказание технического содействия и финансовой поддержки, особенно странам с низким и средним уровнем доходов;

вновь подтверждая критическую важность усиления мер профилактики инфекции и инфекционного контроля, в том числе качественной санитарии и гигиены, как в местных сообществах, так и в условиях оказания медицинской помощи;

признавая важное значение иммунизации в качестве одного из наиболее затратоэффективных мероприятий общественного здравоохранения и тот факт, что вакцинам принадлежит важная роль в снижении устойчивости к противомикробным препаратам;

подчеркивая неотложную необходимость разработки новых противомикробных препаратов, а также эффективных, быстродействующих и недорогих средств диагностики, вакцин и других мероприятий и ссылаясь на глобальную стратегию и план действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности и на резолюцию WHA66.22 о последующих действиях в связи с докладом Консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация, в которой рассматривается проблема неэффективности рынка лекарственных средств;

констатируя неотложную потребность в более скоординированной и гармонизированной системе эпиднадзора для мониторинга устойчивости к противомикробным препаратам на национальном, региональном и глобальном уровнях, в том числе необходимость разработки международно согласованных стандартов в отношении сбора и представления данных в секторах здравоохранения, медицины, ветеринарии и сельского хозяйства;

подчеркивая необходимость повышения информированности и понимания проблемы устойчивости к противомикробным препаратам с помощью эффективных программ информирования общественности, обучения и подготовки кадров, а также в секторах здравоохранения, ветеринарии и сельского хозяйства,

1. ПРИНИМАЕТ глобальный план действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам¹;

2. ПРИЗЫВАЕТ государства–члены²:

(1) осуществлять шаги, предлагаемые государствам–членам в глобальном плане действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, которые адаптированы к национальным приоритетам и конкретным контекстам;

¹ См. Приложение 3.

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

(2) мобилизовать кадровые и финансовые ресурсы, используя внутренние, двусторонние и многосторонние источники, для осуществления планов и стратегий в соответствии с глобальным планом действий;

(3) принять к Семидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения национальные планы действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, согласованные с глобальным планом действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, а также со стандартами и руководящими принципами, установленными соответствующими межправительственными органами;

3. ПРЕДЛАГАЕТ международным, региональным и национальным партнерам осуществить необходимые мероприятия с целью внести вклад в решение пяти задач глобального плана действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам;

4. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) осуществить шаги, предусмотренные для Секретариата в глобальном плане действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам;

(2) обеспечить активное участие и координацию деятельности всех соответствующих подразделений Организации в штаб-квартире, на региональном и страновом уровнях в целях продвижения работы по сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам, в том числе посредством отслеживания потоков ресурсов на цели исследований и разработок в области устойчивости к противомикробным препаратам по линии новой глобальной обсерватории по научным исследованиям и разработкам в области здравоохранения;

(3) укрепить трехстороннее сотрудничество между ФАО, МБЭ и ВОЗ в борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам в соответствии с концепцией «Единое здравоохранение»;

(4) сотрудничать со Стратегической и технической консультативной группой по вопросам устойчивости к противомикробным препаратам, государствами-членами¹, ФАО, МБЭ и другими соответствующими партнерами в создании системы мониторинга и оценки в соответствии с пятым принципом глобального плана действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам;

(5) разработать и осуществлять в консультации с государствами-членами¹ и соответствующими партнерами комплексную глобальную программу эпиднадзора за устойчивостью к противомикробным препаратам во всех секторах в соответствии с глобальным планом действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам;

¹ И, в соответствующих случаях, региональными организациями экономической интеграции.

- (6) создать сеть Сотрудничающих центров ВОЗ в поддержку осуществления эпиднадзора за устойчивостью к противомикробным препаратам и проведения оценки качества во всех регионах ВОЗ;
- (7) разработать в консультации с государствами–членами¹ и соответствующими партнерами варианты создания глобального механизма по развитию и благому управлению в целях оказания поддержки в создании, распределении и надлежащем использовании новых противомикробных препаратов, средств диагностики, вакцин и других мер при сохранении существующих противомикробных препаратов и оказании содействия в обеспечении приемлемого по стоимости доступа к существующим и новым противомикробным препаратам и средствам диагностики, учитывая потребности всех стран и в соответствии с глобальным планом действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, а также представить доклад Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения;
- (8) совместно с Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций и учреждениями системы Организации Объединенных Наций выработать наилучший механизм (механизмы) для осуществления инвестиций, необходимых для реализации глобального плана действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, особенно в отношении удовлетворения потребностей развивающихся стран.
- (9) разработать в консультации с Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций варианты проведения в 2016 г. совещания высокого уровня в период проведения сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, включая потенциальные результаты, и представить доклад Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Сто тридцать восьмую сессию Исполнительного комитета;
- (10) оказывать поддержку и техническое содействие странам, уделяя особое внимание странам с низким и средним уровнем доходов;
- (11) выделить для Секретариата достаточные ресурсы в соответствии с Программным бюджетом на 2016–2017 годы и Двенадцатой общей программой работы на 2014–2019 годы для осуществления глобального плана действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам;
- (12) представить двухгодичные доклады о прогрессе в осуществлении настоящей резолюции Семидесятой, Семьдесят второй и Семьдесят четвертой сессиям Всемирной ассамблеи здравоохранения и подготовить промежуточный доклад для Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г. –
Комитет А, пятый доклад)

¹ И, в соответствующих случаях, региональными организациями экономической интеграции.

**WHA68.8 Здоровье и окружающая среда: решение проблемы воздействия
загрязнения воздуха на здоровье¹**

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о здоровье и окружающей среде: решение проблемы воздействия загрязнения воздуха на здоровье²;

вновь подтверждая свою приверженность положениям итогового документа³ Конференции Организации Объединенных Наций по устойчивому развитию (в Рио-де-Жанейро, Бразилия, в июне 2012 г.), именуемой Конференция Рио+20, в котором все государства – члены Организации Объединенных Наций приняли обязательства по осуществлению стратегий в области устойчивого развития, которые способствуют поддержанию надлежащего качества воздуха в контексте развития устойчивых городов и населенных пунктов и признали, что снижение уровня загрязнения воздуха положительно влияет на здоровье⁴;

отмечая с глубокой озабоченностью, что загрязнение воздуха внутри и вне помещений является основной предотвратимой причиной заболеваемости и смертности в мире и важнейшим отдельно взятым экологическим фактором риска для здоровья в мире⁵;

признавая, что 4,3 миллиона случаев смерти в год происходит в результате загрязнения воздуха в бытовых условиях (в помещениях) и 3,7 миллиона случаев смерти в год приходится на долю загрязнения окружающего воздуха (вне помещений), что приводит к высоким издержкам для общества⁶;

памятуя о том, что воздействие загрязняющих воздух веществ, в том числе мелких взвешенных частиц, является одним из ведущих факторов риска инфекционных заболеваний у взрослых, включая ишемическую болезнь сердца, инсульт, хроническую обструктивную болезнь легких, астму и рак, и создает значительную угрозу здоровью нынешних и будущих поколений;

¹ Финансовые и административные последствия этой резолюции для Секретариата см. в Приложении 8.

² Документ A68/18.

³ См. итоговый документ «Будущее, которого мы хотим» на веб-сайте <https://sustainabledevelopment.un.org/rio20/futurewewant> (10 августа 2015 г.).

⁴ Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по окружающей среде 66/288.

⁵ Глобальная обсерватория здравоохранения <http://www.who.int/gho/phe/en/> (по состоянию на 18 марта 2015 г.)

⁶ WHO. Burden of disease from ambient air pollution for 2012. http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/AAP_BoD_results_March2014.pdf?ua=1 (по состоянию на 1 декабря 2014 г.).

выражая озабоченность в связи с тем, что половина случаев смерти от острых инфекций нижних дыхательных путей, включая пневмонию, среди детей в возрасте до пяти лет может быть отнесена на счет бытового загрязнения воздуха, что является одним из основных факторов риска детской смертности;

выражая также озабоченность в связи с тем, что Международное агентство ВОЗ по изучению рака¹ классифицировало загрязнение воздуха, включая мелкие взвешенные частицы, в качестве одной из причин рака легких;

памятуя о том, что как кратко-, так и долгосрочное воздействие загрязнения воздуха имеет отрицательные последствия для здоровья населения, при этом долгосрочное воздействие и воздействие высокого уровня загрязнения может приводить к гораздо большим последствиям, вызывая такие хронические болезни как сердечно-сосудистые и респираторные заболевания, включая хроническую обструктивную болезнь легких, а также о том, долгосрочное воздействие многих загрязняющих веществ, например частиц, даже в невысокой концентрации (ниже уровней, предложенных ВОЗ в рекомендациях по качеству воздуха) может вызывать некоторые негативные последствия для здоровья;

отмечая важное значение загрязнения воздуха и вызываемых им последствий для здоровья применительно к целям и задачам Глобального плана действий ВОЗ в отношении неинфекционных заболеваний на 2013–2020 годы, а также значение Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, в частности Статьи 8 и руководящих принципов в отношении защиты от воздействия табачного дыма, действие которых распространяется на стороны Конвенции;

отмечая, что загрязнение воздуха является одной из причин нарушения справедливости в отношении здоровья в мире, затрагивая особенно женщин, детей и пожилых людей, а также малоимущие слои населения, которые часто подвергаются воздействию высоких уровней загрязнения окружающего воздуха или проживают в домах, где у них нет иного выбора, как подвергаться воздействию загрязнения воздуха в результате приготовления пищи и отопления, и что улучшение качества воздуха является одной из потенциально наиболее действенных мер воздействия на справедливость в отношении здоровья²;

¹ IARC Monographs Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans on the following issues:

- Outdoor Air Pollution (2013, Volume 109);
- Diesel and gasoline exhausts and some nitroarenes (2012, Volume 105);
- Household use of solid fuels and high-temperature frying (2010, Volume 95);
- Indoor emissions from household combustion of coal (2012, Volume 100E);
- Tobacco smoke and involuntary smoking (2004, Volume 83).

² WHO Burden of Disease, Indoor and Outdoor Air Pollution, 2014, см. http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/en/ (10 августа 2015).

сознавая, что большинство загрязняющих веществ попадает в воздух в результате различной деятельности человека, отнесенной к источникам загрязнения воздуха¹ рекомендациями ВОЗ в отношении загрязнения окружающего воздуха и воздуха в помещениях, и что существуют также природные явления, отрицательно влияющие на качество воздуха², и отмечая существенную взаимосвязь между качеством атмосферного воздуха и качеством воздуха в помещениях;

учитывая, что содействие повышению энергоэффективности и более широкое использование чистой и возобновляемой энергии могут принести дополнительную пользу для здоровья и устойчивого развития, и подчеркивая, что ценовая приемлемость этой энергии будет способствовать максимизации этих возможностей;

подчеркивая, что коренные причины загрязнения воздуха и его неблагоприятных последствий носят преимущественно социально-экономический характер и сознавая необходимость воздействия на социальные детерминанты здоровья, связанные с развитием в городских и сельских условиях, включая искоренение нищеты, как неотъемлемого элемента устойчивого развития и снижения воздействия загрязнения воздуха на здоровье;

подчеркивая важность продвижения, передачи и распространения экологически чистых технологий, особенно в развивающихся странах, в целях решения проблемы воздействия загрязнения воздуха на здоровье людей;

принимая во внимание глобальные усилия последнего времени по улучшению качества воздуха, особенно резолюцию 1/7 о качестве воздуха Ассамблеи Организации Объединенных Наций по окружающей среде, принятую в 2014 году³, а также большое число национальных и региональных инициатив, направленных на снижение последствий для здоровья загрязнения воздуха внутри и вне помещений и отмечая, что региональные и субрегиональные механизмы сотрудничества обеспечивают хорошие возможности для решения проблем качества воздуха с учетом конкретных обстоятельств каждого региона;

признавая, что для содействия выбору национальных мер политики, обеспечивающих охрану здоровья и уменьшение несправедливости в отношении

¹ Рекомендации ВОЗ по качеству воздуха: глобальные обновленные данные, 2005 г.; Руководство ВОЗ по качеству воздуха в помещениях: сжигание топлива в домашних хозяйствах; WHO Guidelines for indoor air quality: select pollutants. Copenhagen, Regional Office for Europe, 2010; Рекомендации ВОЗ по качеству воздуха в помещениях: сырость и плесень. Копенгаген, Европейское региональное бюро, 2009 г.

² К их числу, в частности, относятся радон [канцерогенный газ], пылевые и песчаные бури, извержения вулканов, лесные пожары.

³ United Nations Environment Assembly resolution 1/7 (<http://www.unep.org/unea/download.asp?ID=5171>, по состоянию на 20 марта 2015 г.); Smith KR, Woodward A, Campbell-Lendrum D, Chadee DD, Honda Y, Liu Q et al. 2014: Human health: impacts, adaptation, and co-benefits. В публикации: Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Part A: Global and Sectoral Aspects. Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge, England, and New York: Cambridge University Press, 2014, pp. 709–754.

здоровья, сектору здравоохранения потребуется подходить к охране здоровья с межсекторальных позиций, в том числе принять подход, обеспечивающий учет интересов здоровья во всех направлениях политики¹;

отмечая, что рекомендации ВОЗ по качеству окружающего воздуха (2005 г.)² и по качеству воздуха в помещениях³ (2014 г.) содержат руководящие принципы и ориентиры для обеспечения чистого воздуха, способствующего охране здоровья человека, и признавая, что они должны подкрепляться практической деятельностью, такой как поощрение и содействие осуществлению;

признавая, что хотя многие важнейшие и затратоэффективные меры борьбы с загрязнением воздуха внутри и вне помещений требуют участия и руководящей роли национальных правительств, а также региональных и местных органов власти, города не только особо ощущают на себе последствия загрязнения воздуха, но и располагают возможностями для содействия мерам обеспечения здорового образа жизни в городах в целях снижения загрязнения воздуха и сопутствующих последствий для здоровья и могут разработать надлежащую практику, дополнить и осуществлять национальные меры;

признавая, что мобилизация национальных и, в соответствующих случаях, международных ресурсов имеет важное значение для технического перевооружения соответствующей инфраструктуры, способствующего сокращению загрязнения воздуха, является неотъемлемым элементом глобального устойчивого развития и что последствия для здоровья, связанные с загрязнением воздуха, могут являться актуальным с точки зрения здоровья показателем мер политики в области устойчивого развития;

сознавая, что усилия, направленные на повышение качества воздуха, являются приоритетными для охраны здоровья и приносят сопутствующие выгоды для климата, экосистемных услуг, биоразнообразия и продовольственной безопасности⁴;

¹ С учетом контекста федеративных государств.

² Рекомендации ВОЗ по качеству воздуха, касающиеся твердых частиц, озона, двуокиси азота и двуокиси серы – глобальные обновленные данные: резюме оценки рисков. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2006 г. (документ WHO/SDE/PHE/OEH/06.02), доступны на http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_SDE_PHE_OEH_06.02_eng.pdf?ua=1 (по состоянию на 18 июня 2015 г.).

³ Руководство ВОЗ по качеству воздуха в помещениях: сжигание топлива в домашних хозяйствах, 2014 г., доступно на веб-сайте <http://www.who.int/indoorair/publications/household-fuel-combustion/en/> (по состоянию на 18 июня 2015 г.).

⁴ Резолюция Ассамблеи Организации Объединенных Наций по окружающей среде 1/7 (<http://www.unep.org/unea/download.asp?ID=517> по состоянию на 20 марта 2015 г.). Smith, K.R., A. Woodward, et al, 2014: Human health: impacts, adaptation, and co-benefits. In: Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Part A: Global and Sectoral Aspects. Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge University Press, Cambridge, United Kingdom and New York, NY, USA, pp. 709–754.

констатируя также наличие комплексной взаимосвязи между повышением качества воздуха и сокращением выбросов в атмосферу загрязняющих веществ, вызывающих потепление климата, и тот факт, что могут иметь место реальные возможности для достижения сопутствующих выгод в связи с мероприятиями на этих направлениях;

подчеркивая, что повышение температуры, периоды сильной жары, пылевые и песчаные бури, извержения вулканов и лесные пожары также могут усугублять влияние антропогенного загрязнения воздуха на здоровье,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства–члены¹:

(1) удвоить усилия по выявлению, снижению и предотвращению воздействия загрязнения воздуха на здоровье путем развития и усиления многосекторального сотрудничества на международном, региональном и национальном уровнях, а также путем принятия адресных, многосекторальных мер в соответствии с национальными приоритетами;

(2) обеспечить системам здравоохранения, в том числе органам охраны здоровья, условия, чтобы играть ведущую роль в повышении осведомленности общества и всех заинтересованных сторон о последствиях загрязнения воздуха для здоровья и о возможностях сократить или предотвратить такое воздействие, в том числе направляя меры профилактики на содействие ослаблению указанных последствий для здоровья, эффективно взаимодействовать с соответствующими секторами и другими соответствующими частными и государственными заинтересованными сторонами в целях информирования их об устойчивых решениях и обеспечить учет вызывающих озабоченность вопросов здравоохранения в соответствующих национальных, региональных и местных процессах формулирования политики, принятия решений и оценки, в том числе мерах профилактики, обеспечения готовности и реагирования в области общественного здравоохранения, а также в укреплении систем здравоохранения;

(3) содействовать исследованиям в этой области, включая разработку и использование баз данных по заболеваемости и смертности, проведение оценки воздействия на здоровье, расходов на медицинские услуги и общественных затрат, связанных с ухудшением здоровья, выявление приоритетных направлений и стратегий исследований, взаимодействие с научным сообществом в целях устранения пробелов в знаниях, а также поддержку укрепления национальных научно–исследовательских учреждений и международного сотрудничества в области исследований для выявления и осуществления экологически рациональных решений;

(4) содействовать активизации глобального реагирования на негативные последствия для здоровья загрязнения воздуха с учетом национального контекста,

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

в том числе осуществляя сбор и использование данных, относящихся к влиянию на здоровье качества воздуха, способствуя разработке нормативных стандартов, распространению надлежащей практики и уроков практической реализации и ведя работу по гармонизации показателей состояния здоровья, которые могли бы использоваться в процессе принятия решений;

(5) совершенствовать учет заболеваемости и смертности от всех болезней, связанных с загрязнением воздуха, и оптимизировать увязку с системами мониторинга загрязнителей воздуха;

(6) принимать во внимание рекомендации ВОЗ по качеству воздуха и руководство ВОЗ по качеству воздуха в помещениях, а также другую соответствующую информацию при разработке многосекторальных национальных мер борьбы с загрязнением воздуха и принимать меры, содействующие достижению целей этих рекомендаций и руководства;

(7) поощрять и поддерживать меры, нацеленные на достижение осязаемого прогресса в снижении уровня воздуха в помещениях, такие как внедрение «чистых» методов приготовления пищи, отопления и освещения и эффективное энергопользование;

(8) принимать эффективные меры для борьбы с загрязнением воздуха и максимального возможного снижения его уровня, непосредственно связанные с медико-санитарной деятельностью, в том числе путем осуществления, в соответствующих случаях, соответствующих рекомендаций ВОЗ;

(9) развивать диалог по вопросам политики, сотрудничество и обмен информацией между различными секторами в целях содействия созданию согласованной межсекторальной основы для участия в будущих региональных и глобальных процессах по рассмотрению последствий загрязнения воздуха для здоровья;

(10) укреплять международное сотрудничество в целях решения проблемы воздействия на здоровье загрязнения воздуха, в том числе содействуя передаче знаний и опыта, технологий и научных данных в области загрязнения воздуха, а также обмениваясь надлежащей практикой;

(11) определять на национальном уровне действия сектора здравоохранения, направленные на борьбу с несправедливостью в области здравоохранения, связанной с загрязнением воздуха, и тесно сотрудничать с местными сообществами, подвергающимися риску, которые могут извлечь наибольшую пользу в результате осуществления эффективных и справедливых мер, обеспечивающих получение устойчивых результатов, в целях содействия полному осуществлению права на обладание наивысшим достижимым уровнем физического и психического здоровья;

(12) выполнить обязательства, принятые на Совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по профилактике

неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (сентябрь 2011 г.), и использовать, при необходимости, дорожную карту и варианты политики, содержащиеся в глобальном плане действий ВОЗ по борьбе с инфекционными заболеваниями;

(13) выполнять обязательства, вытекающие из Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, если государство–член является Стороной этого договора;

(14) сотрудничать с региональными и международными организациями для установления партнерских отношений в целях содействия доступу к достаточным техническим и финансовым ресурсам;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) существенно укрепить потенциал ВОЗ в области загрязнения воздуха применительно к здравоохранению с целью обеспечить:

(a) поддержку и руководство для государств–членов по применению рекомендаций ВОЗ по качеству воздуха и руководства ВОЗ по качеству воздуха в помещениях;

(b) поддержку и руководство для Сторон Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в осуществлении обязательств, вытекающих из Статьи 8 этого договора, и относящихся к ней руководящих принципов в координации с Секретариатом Конвенции;

(c) активизацию технической поддержки и руководства в интересах государств–членов, в том числе с использованием соответствующего потенциала региональных и страновых бюро в порядке поддержки деятельности на уровне стран;

(d) дальнейшее выявление, развитие и регулярное обновление рекомендаций ВОЗ по качеству воздуха и механизмов анализа затрат и результатов, включая системы мониторинга, в порядке обоснования процесса принятия эффективных и действенных решений;

(e) увеличение технического потенциала ВОЗ в вопросах сотрудничества, при необходимости, с соответствующими международными, региональными и национальными заинтересованными сторонами по сбору и анализу данных о качестве воздуха с особым акцентом на те аспекты качества воздуха, которые связаны со здоровьем;

(f) оказание государствам–членам поддержки в повышении уровня осведомленности и информирования общественности в целом и соответствующих заинтересованных сторон, в частности общин, относящихся к группам риска, по поводу последствий загрязнения воздуха и мер по его ограничению;

- (g) распространение современных видов практики, подтвержденных фактологическими данными, по эффективным мерам повышения качества окружающего воздуха и воздуха внутри помещений и программным мерам, связанным со здоровьем;
- (h) расширение возможностей ВОЗ в вопросах созыва совещаний, руководства и влияния на стратегии научно–исследовательской работы в области загрязнения воздуха и охраны здоровья людей совместно с Глобальной обсерваторией здравоохранения ВОЗ;
- (i) надлежащий консультативный потенциал и средства поддержки по оказанию помощи системе здравоохранения и другим секторам на всех уровнях государственного управления, в особенности на местном уровне и в городских районах, с учетом различных источников загрязнения, в порядке решения проблемы загрязнения воздуха и его последствий для здоровья;
- (j) надлежащий консультативный потенциал и средства поддержки на региональном и субрегиональном уровнях по оказанию государствам–членам помощи в работе по решению проблемы загрязнения воздуха и его влияния на здоровье, имеющей трансграничный эффект, и по обеспечению согласованного взаимодействия между государствами–членами в этой области;
- (2) осуществлять разработку, накопление и обновление в сотрудничестве с соответствующими учреждениями и программами Организации Объединенных Наций открытого информационного инструмента для анализа со стороны ВОЗ, в том числе аспектов политики и затратоэффективности, существующих технологий, не загрязняющих воздух, в целях предотвращения и контроля загрязнения воздуха и его воздействия на здоровье;
- (3) осуществлять глобальное лидерство в области здравоохранения и максимально использовать синергизм, избегая дублирования соответствующих глобальных усилий по содействию улучшению состояния здоровья в связи с качеством воздуха и сокращению загрязнения воздуха и продолжая работу на других направлениях решения экологических проблем здоровья, в частности, путем осуществления резолюции WHA61.19 об изменении климата и здоровье;
- (4) сотрудничать с другими партнерами, программами и учреждениями Организации Объединенных Наций, в частности с учетом резолюции 1/7 Ассамблеи Организации Объединенных Наций по окружающей среде о качестве воздуха;
- (5) повышать осведомленность о рисках для здоровья загрязнения воздуха и многочисленных выгодах повышения качества воздуха, особенно в контексте обсуждения повестки дня в области развития на период после 2015 года;
- (6) продолжать осуществлять и повышать руководящую роль ВОЗ в осуществлении Стратегического подхода к международному регулированию

химических веществ, поощряющего экологически чистое применение и утилизацию химических веществ и отходов в целях минимизации и, насколько возможно, предотвращения негативного воздействия на здоровье, в том числе загрязнения воздуха;

(7) укреплять и, если применимо, налаживать связи с существующими глобальными инициативами в области здравоохранения, которые могут извлечь пользу в результате снижения уровня загрязнения воздуха, включая глобальные усилия по ограничению неинфекционных заболеваний и по укреплению здоровья детей¹;

(8) зарезервировать достаточные ресурсы для работы в Секретариате в соответствии с Программным бюджетом на 2014–2015 гг., Программным бюджетом на 2016–2017 гг. и Двенадцатой общей программой работы на 2014–2019 гг.;

(9) представить Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения доклад об осуществлении настоящей резолюции и о прогрессе в работе по смягчению последствий загрязнения воздуха для здоровья и в отношении других проблем, затрагивающих качество воздуха;

(10) предложить Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения дорожную карту укрепления системы глобальных мер в ответ на негативные последствия загрязнения воздуха для здоровья людей.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г. –
Комитет А, шестой доклад)

ВНА68.9 Механизм взаимодействия с негосударственными структурами²

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклады о проекте механизма взаимодействия с негосударственными структурами и пересмотренный проект механизма взаимодействия с негосударственными структурами³;

¹ Примеры такой работы включают Глобальный план действий ВОЗ в отношении неинфекционных заболеваний, комплексный глобальный план действий по профилактике пневмонии и диареи и борьбе с ними (КГППД), Глобальную стратегию охраны здоровья женщин, детей и подростков и Движение «Каждая женщина, каждый ребенок».

² Финансовые и административные последствия этой резолюции для Секретариата см. в Приложении 8.

³ Документы А68/5, Приложение, и А68/53.

признавая важное значение взаимодействия ВОЗ с негосударственными структурами, обеспечивающего положительный эффект в результате надежного управления рисками такого взаимодействия на всех трех уровнях Организации,

1. ПРИВЕТСТВУЕТ достижение консенсуса в отношении многих частей проекта механизма взаимодействия с негосударственными структурами, включая введение, обоснование, принципы, преимущества взаимодействия, риски взаимодействия, негосударственные структуры и типы взаимодействия, которые приводятся в Дополнении к настоящей резолюции;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) созвать в кратчайшие возможные сроки, но не позднее октября 2015 г., межправительственное совещание открытого состава для окончательной доработки проекта механизма взаимодействия с негосударственными структурами на основе прогресса, достигнутого на Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, отраженного в Дополнении к настоящей резолюции;

(2) представить на рассмотрение окончательный вариант проекта механизма взаимодействия с негосударственными структурами для принятия на Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет на его Сто тридцать восьмой сессии;

(3) составить реестр негосударственных структур до начала Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, принимая во внимание прогресс, достигнутый в отношении проекта механизма взаимодействия с негосударственными структурами.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Проект резолюции

[Шестьдесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

PP1 рассмотрев доклад о механизме взаимодействия с негосударственными структурами и пересмотренный проект механизма взаимодействия с негосударственными структурами;

PP2 напоминая резолюцию WHA64.2 и решение WHA65(9) о реформе ВОЗ, а также решения WHA67(14) и EB136(3) о механизме взаимодействия с негосударственными структурами;

PP3 признавая важное значение для ВОЗ взаимодействия с негосударственными структурами, которому благоприятствует надежное управление рисками такого взаимодействия на всех трех уровнях Организации;

(OP1) 1. УТВЕРЖДАЕТ Механизм взаимодействия с негосударственными структурами, содержащийся в Приложении к настоящей резолюции¹;

(OP2) 2. ПОСТАНОВЛЯЕТ, что настоящий Механизм взаимодействия с негосударственными структурами заменяет Принципы, регламентирующие отношения между Всемирной организацией здравоохранения и неправительственными организациями², а также Руководящие принципы по взаимодействию с коммерческими предприятиями в интересах здравоохранения³;

(OP3) 3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) ввести в действие Механизм взаимодействия с негосударственными структурами;

(2) составить реестр негосударственных структур до начала Шестидесяти девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения;

(3) представлять доклады об осуществлении Механизма взаимодействия с негосударственными структурами Исполнительному комитету на каждой из его январских сессий в качестве постоянного пункта повестки дня через Комитет по программным, бюджетным и административным вопросам;

(4) провести в 2018 г. оценку осуществления Механизма взаимодействия с негосударственными структурами и его воздействия на работу ВОЗ в целях представления полученных результатов вместе с любыми предложениями о пересмотре данного Механизма Исполнительному комитету в январе 2019 г. через Комитет по программным, бюджетным и административным вопросам.]

¹ Состоящий из всеобъемлющего механизма и четырех конкретных направлений политики в отношении взаимодействия с неправительственными организациями, организациями частного сектора, благотворительными фондами и академическими учреждениями.

² Принятые в резолюции WHA40.25. См. *Основные документы*, 48-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 год.

³ Документ EB107/20, Приложение.

Дополнение

**[ПРОЕКТ] МЕХАНИЗМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
С НЕГОСУДАРСТВЕННЫМИ СТРУКТУРАМИ****ПРОЕКТ ВСЕОБЪЕМЛЮЩЕГО МЕХАНИЗМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
С НЕГОСУДАРСТВЕННЫМИ СТРУКТУРАМИ*****ДОКУМЕНТ НА МОМЕНТ ЗАВЕРШЕНИЯ ШЕСТЬДЕСЯТ ВОСЬМОЙ
СЕССИИ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ****ОТРАЖАЮЩИЙ РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ РЕДАКЦИОННОЙ ГРУППЫ
КОМИТЕТА А**

ОБОЗНАЧЕНИЕ УСЛОВНЫМИ ЦВЕТАМИ:

ТЕКСТ, ВЫДЕЛЕННЫЙ **ЗЕЛЕНЫМ** ЦВЕТОМ, БЫЛ СОГЛАСОВАН АД РЕФЕРЕНДУМ. ТЕКСТ, ВЫДЕЛЕННЫЙ **ЖЕЛТЫМ**, БЫЛ РАССМОТРЕН, НО КОНСЕНСУС НЕ БЫЛ ДОСТИГНУТ. ТЕКСТ, ВЫДЕЛЕННЫЙ **СЕРЫМ**, ПРЕДЛОЖЕН ПРЕДСЕДАТЕЛЕМ В КАЧЕСТВЕ КОМПРОМИССНОГО ВАРИАНТА В ОТНОШЕНИИ ПРЕДЫДУЩЕГО АБЗАЦА, ВЫДЕЛЕННОГО ЖЕЛТЫМ ЦВЕТОМ. ТЕКСТ, НЕ ВЫДЕЛЕННЫЙ КАКИМ-ЛИБО ЦВЕТОМ, ЕЩЕ НЕ БЫЛ РАССМОТРЕН.

ВВЕДЕНИЕ

1. Всеобъемлющий механизм взаимодействия с негосударственными структурами и политика и оперативные процедуры ВОЗ, касающиеся регулирования взаимодействия с негосударственными структурами, применяются ко всем видам взаимодействия с негосударственными структурами на всех уровнях Организации¹, в то время как четыре конкретных направления политики и оперативные процедуры по вопросам взаимодействия ограничены в применении, соответственно, неправительственными организациями, организациями частного сектора, благотворительными фондами и академическими учреждениями.

¹ Штаб-квартира, региональные бюро и страновые бюро, структуры, созданные на базе ВОЗ, а также размещенные партнерства. На размещенные партнерства распространяется действие механизма взаимодействия с негосударственными структурами с учетом политики в отношении взаимодействия ВОЗ с глобальными партнерствами в области здравоохранения и договоренностей о размещении (резолюция WHA63.10). Смысл размещенных, а также внешних партнерств разъясняется в пункте 48.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ: ОБОСНОВАНИЕ, ПРИНЦИПЫ, ПРЕИМУЩЕСТВА И РИСКИ

Обоснование

2. В соответствии со своим уставным мандатом ВОЗ является руководящим и координирующим органом в области глобального здравоохранения. Ситуация в области здравоохранения в мире во многих отношениях стала значительно сложнее; в том числе возросло число участников деятельности в этой области, включая негосударственные структуры. ВОЗ взаимодействует с негосударственными структурами, поскольку они играют значительную роль в области глобального здравоохранения, в целях дальнейшего развития и продвижения общественного здравоохранения и создания таких условий для негосударственных структур, которые позволяли бы им использовать свою деятельность в интересах охраны и укрепления общественного здравоохранения.

3. Функции ВОЗ, изложенные в Статье 2 ее Устава, состоят, в частности, в следующем: действовать в качестве руководящего и координирующего органа в международной работе в области здравоохранения; устанавливать и поддерживать эффективное сотрудничество с различными организациями; а также расширять сотрудничество с научными и профессиональными группами, которые вносят свой вклад в укрепление здоровья людей. Кроме того, Устав возлагает на Ассамблею здравоохранения или Исполнительный комитет и Генерального директора обязанность по заключению конкретных соглашений в целях взаимодействия с другими организациями¹. Во взаимоотношениях с негосударственными структурами ВОЗ действует в соответствии со своим Уставом и резолюциями и решениями Ассамблеи здравоохранения, а также принимая во внимание, в соответствующих случаях, резолюции и решения Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций или Экономического и Социального Совета Организации Объединенных Наций.

4. (ИСКЛЮЧЕН)

5. Взаимодействие ВОЗ с негосударственными структурами способствует реализации политики и рекомендаций Организации согласно решениям руководящих органов, а также в соблюдении технических норм и стандартов ВОЗ. Такое эффективное взаимодействие с негосударственными структурами на глобальном, региональном и страновом уровнях [на основе взаимоуважения] предполагает также необходимость принятия целого ряда мер должной осмотрительности и прозрачности, применимых ко всем негосударственным структурам в рамках настоящего механизма [, проявляя [особую] / [надлежащую] осторожность при взаимодействии с определенными [отраслями промышленности] [и] / [организациями].] **(ИСКЛЮЧИТЬ)** В целях обеспечения возможности укреплять свое взаимодействие с негосударственными структурами на благо и в интересах глобального здравоохранения, ВОЗ должна одновременно укреплять свою функцию управления

¹ Устав ВОЗ, Статьи 18, 33, 41 и 71.

соответствующими потенциальными рисками. Это предполагает необходимость создания надежного механизма, обеспечивающего возможность взаимодействия и способного служить инструментом выявления рисков и обеспечения их сбалансированности относительно ожидаемых преимуществ, одновременно защищая и сохраняя безупречность деятельности, репутацию и выполнение ВОЗ своего мандата в области общественного здравоохранения.

Принципы

6. Взаимодействие ВОЗ с негосударственными структурами основано на следующих основополагающих принципах.

Любое взаимодействие должно:

- (a) приносить явную пользу для общественного здравоохранения;
- (abis) соответствовать Уставу, мандату и общей программе работы ВОЗ;
- (b) обеспечивать соблюдение межправительственного характера ВОЗ и полномочий государств-членов на принятие решений, как предусмотрено Уставом ВОЗ;
- (c) поддерживать и укреплять, не нанося какого-либо ущерба, подход, основанный на научных и фактических данных, который лежит в основе деятельности ВОЗ;
- (d) защищать деятельность ВОЗ от любого ненадлежащего влияния, в частности в отношении процессов по установлению и применению мер политики, норм и стандартов¹;
- (e) не допускать дискредитации безупречности, независимости, доверия и репутации ВОЗ;
- (f) быть эффективно управляемым, включая, по возможности, недопущение конфликта интересов² и других видов рисков для ВОЗ;
- (g) осуществляться на основе принципов прозрачности, открытости, всестороннего участия, подотчетности, безупречности и взаимоуважения.

Преимущества взаимодействия

7. Взаимодействие ВОЗ с негосударственными структурами может обеспечить существенные преимущества для глобальной системы общественного здравоохранения

¹ Установление мер политики, норм и стандартов включает сбор информации, деятельность по подготовке, разработке и принятию решений в отношении нормативного текста.

² Как указано в пунктах 23–26.

и самой Организации в выполнении ее уставных принципов и целей, включая ее направляющую и координирующую роль в области глобального здравоохранения. Взаимодействие варьируется от масштабного и долгосрочного сотрудничества до непродолжительных и более коротких видов взаимодействия. В число преимуществ, возникающих в результате такого взаимодействия, могут входить следующие:

(a) (ИСКЛЮЧЕНО)

(b) внесение негосударственными структурами вклада в работу ВОЗ

(c) влияние, которое может оказывать ВОЗ на негосударственные структуры в целях усиления их воздействия на глобальное здравоохранение или воздействия на социальные, экономические и экологические детерминанты здоровья

(d) влияние, которое может оказывать ВОЗ на соблюдение негосударственными структурами политики, норм и стандартов ВОЗ

(e) дополнительные ресурсы, которые могут предоставить негосударственные структуры для работы ВОЗ

(f) более широкое распространение и соблюдение негосударственными структурами политики, норм и стандартов ВОЗ

[(g) негосударственные структуры, взаимодействующие с ВОЗ, [полностью соблюдают] / [в большей мере соответствуют] политике [, нормам и стандартам] ВОЗ в области общественного здравоохранения, включая их собственную деятельность в области безопасности пищевых продуктов, химической безопасности, продвижения лекарственных средств с соблюдением этических принципов, борьбы против табака и других областях.]

ИЛИ

(g) alt [Лучшее понимание и соблюдение политики, норм и стандартов ВОЗ.] [негосударственными структурами]

Риски взаимодействия

8. Взаимодействие ВОЗ с негосударственными структурами может быть сопряжено с рисками, которыми следует эффективно управлять и, при необходимости, избегать. Основные риски связаны, в числе прочего, с возникновением, в частности, следующих обстоятельств или событий:

- (a) конфликты интересов;
- (b) ненадлежащее или неправомерное влияние со стороны негосударственной структуры на деятельность ВОЗ, включая, но не ограничиваясь этим, установление мер политики, норм и стандартов¹;
- (c) отрицательное влияние на безупречность деятельности, независимость, репутацию ВОЗ и доверие к ней; а также выполнение ею мандата в области общественного здравоохранения;
- (d) взаимодействие служит, в основном, интересам соответствующей негосударственной структуры, при этом принося ВОЗ и общественному здравоохранению лишь ограниченные преимущества или не принося никаких преимуществ;
- (e) взаимодействие обеспечивает поддержку наименованию, бренду, продукции, взглядам или деятельности негосударственной структуры²;
- (f) повышение репутации негосударственной структуры в результате ее взаимодействия с ВОЗ;
- (g) конкурентные преимущества для негосударственной структуры.

НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ СТРУКТУРЫ

9. Для целей настоящего механизма [термин «негосударственная структура» означает организацию, которая [функционирует независимо от правительства] / [не является частью какой-либо государственной или правительственной организации. N] (ИСКЛЮЧИТЬ) негосударственные структуры включают в себя неправительственные организации, организации частного сектора, благотворительные фонды и академические учреждения. [другие международные организации]

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ

9. alt Для целей настоящего механизма негосударственной структурой является организация, которая функционирует независимо от правительства и не является частью какой-либо государственной или правительственной организации. В число негосударственных структур входят неправительственные организации, организации частного сектора, благотворительные фонды и академические учреждения.

¹ Установление мер политики, норм и стандартов включает сбор информации, деятельность по подготовке, разработке и принятию решений в отношении нормативного текста.

² Поддержка не включает установленные процессы, такие как преквалификация ВОЗ или Схема ВОЗ по оценке пестицидов (WHOPEP).

10. Неправительственные организации – это некоммерческие субъекты деятельности, которые функционируют независимо от правительств. Как правило, они основаны на принципах объединения членов, которыми являются некоммерческие учреждения или физические лица, обладающие правом голоса в вопросах определения политики данной неправительственной организации, либо создаются в некоммерческих целях в интересах общественности. Они не ставят перед собой задачи, которые предусматривали бы в первую очередь защиту частных или коммерческих интересов или интересов, связанных с получением прибыли. Они могли бы включать в себя, например общинные организации низового уровня, группы и организации гражданского общества, религиозные организации, профессиональные группы, группы по конкретным болезням и группы пациентов.

11. Организации частного сектора – это коммерческие предприятия, то есть коммерческие структуры, которые имеют целью получение прибыли для своих владельцев. Этот термин также относится к субъектам, которые представляют интересы организаций частного сектора или управляются ими, либо находятся под их контролем. В данную группу включены (помимо прочего) коммерческие ассоциации, представляющие коммерческие предприятия, организации, которые не самостоятельны¹ в отношении своих коммерческих спонсоров, и коммерческие предприятия, которые находятся частично или полностью в собственности государства и действуют в качестве организаций частного сектора.

Международные коммерческие ассоциации – это организации частного сектора, которые не имеют целью получение прибыли для себя, но представляют интересы своих членов, которые являются частными предприятиями и/или национальными или иными коммерческими ассоциациями. Для целей настоящего механизма взаимодействия они уполномочены выступать от имени своих членов в лице уполномоченных ими представителей. Их члены пользуются правом голоса в вопросах политики данной международной коммерческой ассоциации.

12. Благотворительные фонды – это некоммерческие субъекты деятельности, активы которых формируются за счет взносов доноров, и доходы которых расходуются на общественно полезные цели. Они полностью независимы от любой организации частного сектора в своих принципах управления и принятии решений.

13. Академические учреждения – это организации, деятельность которых направлена на получение и распространение знаний посредством проведения научных исследований, образовательной деятельности и профессиональной подготовки².

¹ Организация самостоятельна в отношении другой организации, если она не зависит от этой другой организации, не принимает указаний и явно не находится под влиянием или явно не воспринимается на разумных основаниях, как находящаяся под влиянием или воздействием этой другой организации при принятии своих решений и в своей работе.

² В их число могут входить научно-исследовательские центры, ориентированные на определенные направления политики, если они занимаются преимущественно выполнением научных исследований; в то же время, международные ассоциации академических учреждений считаются неправительственными организациями, на которые распространяются положения пункта 14.

14. К каждой из четырех групп организаций, которые указаны выше, применимы всеобъемлющий механизм взаимодействия и соответствующая конкретная политика взаимодействия. Посредством проведения надлежащей проверки ВОЗ определит, подвергается ли та или иная негосударственная структура воздействию со стороны организаций частного сектора, что позволяет рассматривать такую негосударственную структуру в качестве организации частного сектора. Такое влияние может быть оказано путем финансирования, участия в принятии решений или иным образом. Если процедуры и органы принятия решений негосударственной структуры не зависят от ненадлежащего влияния частного сектора, ВОЗ может принять решение о том, чтобы рассматривать такую организацию в качестве неправительственной организации, благотворительного фонда или академического учреждения, но при этом может применить соответствующие положения [политики и операционных процедур ВОЗ в отношении взаимодействия с организациями частного сектора, например, отказ от принятия финансирования или неденежных вкладов для использования в области нормативной работы].

ТИПЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

15. Ниже указаны категории взаимодействия ВОЗ с негосударственными структурами. Каждый тип взаимодействия может приобретать различные формы, характеризоваться различным уровнем риска и может предусматривать различные типы взаимодействия с Организацией на различных уровнях.

Участие

16. Негосударственные структуры могут посещать различные совещания, организуемые ВОЗ. Характер их участия зависит от типа соответствующего совещания. Решения в отношении формата, условий и характера участия негосударственных структур в консультациях, слушаниях и других совещаниях принимаются в каждом конкретном случае руководящими органами ВОЗ или Секретариатом.

(a) **Совещания руководящих органов.** К совещаниям данного типа относятся сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, Исполнительного комитета и шести региональных комитетов. Вопрос об участии негосударственных структур определяется соответствующими правилами процедуры, политикой и практикой руководящих органов, а также разделом настоящего механизма, который посвящен официальным отношениям.

(b) **Консультации.** Совещания данного типа включают в себя любые очные или виртуальные совещания, за исключением сессий руководящих органов, которые организуются в целях обмена информацией и мнениями. Информация, полученная от негосударственных структур, при наличии возможности, становится общедоступной.

(c) **Слушания.** Это совещания, в ходе которых участники могут излагать имеющиеся у них данные, мнения и позиции и могут отвечать на задаваемые им

вопросы, но не могут участвовать в прениях. Слушания могут проводиться с помощью электронных средств или на личной основе. Все заинтересованные стороны должны приглашаться к участию на одинаковой основе. Фамилии участников и позиции, изложенные в ходе слушаний, оформляются документально и, при наличии возможности, становятся общедоступными.

(d) **Другие совещания.** Это совещания, не являющиеся частью процесса разработки политики или норм, например информационные совещания, брифинги, научные конференции и сетевые совещания по координации действий участников.

17. Для участия ВОЗ в совещаниях, полностью или частично организованных той или иной негосударственной структурой, может – в соответствии с положениями настоящего механизма, четырех конкретных направлений политики и операционных процедур, а также других применимых правил, политики и процедур ВОЗ – быть предусмотрена одна из следующих возможностей:

- ВОЗ организывает совещание совместно с негосударственной структурой
- ВОЗ выступает в качестве одного из спонсоров совещания¹, организованного негосударственной структурой
- персонал ВОЗ проводит презентацию или выступает в качестве участников совещания, организованного негосударственной структурой
- персонал ВОЗ посещает совещание, организованное негосударственной структурой.

Ресурсы

18. Ресурсы [могут включать]/[включают] денежные средства, [сотрудников] ИЛИ [сотрудников для технической работы или осуществления программ и стратегий ВОЗ, а также мер реагирования на чрезвычайные ситуации,] или взносы натурой. Взносы натурой включают в себя пожертвования в виде лекарственных средств и других товаров, а также бесплатное оказание услуг.

ИЛИ

Новый текст, который будет предложен

И/ИЛИ

¹ «Совместное финансирование совещания означает: (1) основную ответственность за организацию данного совещания несет другая организация; (2) ВОЗ поддерживает и вносит вклад в работу совещания и подготовку его материалов; и (3) ВОЗ оставляет за собой право определять повестку дня совещания, список участников и итоговые документы совещания».

18bis [УКАЗАТЬ ТИП СОТРУДНИКОВ]

И/ИЛИ

[ДОБАВИТЬ СНОСКУ С УКАЗАНИЕМ ТИПА СОТРУДНИКОВ]

[ДОБАВИТЬ 18ter. ВОЗ может установить верхний предел суммы добровольных взносов негосударственных структур. Любые взносы, превышающие эту сумму, должны поступать в фонд основных добровольных взносов, который предоставляет достаточную свободу Секретариату для вкладывания ресурсов в недостаточно финансируемые программы. Обязательные взносы государств-членов необходимо выделять на программы, недостаточно финансируемые за счет добровольных взносов]/ ИСКЛЮЧИТЬ

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ

18alt: Ресурсы включают денежные средства [ДОБАВИТЬ СНОСКУ: [Негосударственным структурам предлагается вносить свой вклад, с возможностью максимально гибкого использования, в соответствии с Общей программой работы и Программным бюджетом], предоставлять сотрудников, [ДОБАВИТЬ СНОСКУ: В число сотрудников не входят штатные сотрудники ВОЗ или прикомандированные к ВОЗ. Сотрудники могут приниматься для работы в чрезвычайных ситуациях. Сотрудники никогда не должны использоваться для деятельности, связанной с установлением мер политики, норм и стандартов.] или взносы в неденежной форме. Взносы в неденежной форме включают безвозмездно предоставляемые лекарственные средства и другие изделия, а также безвозмездное предоставление услуг (ДОБАВИТЬ СНОСКУ К СОТРУДНИКАМ: краткосрочные вклады со стороны лиц, принятых на работу негосударственными структурами, не относящихся к прикомандированным лицам [Эти сотрудники не представляют ВОЗ, не имеют пропусков..]) (ЧИТАТЬ ВМЕСТЕ С ПУНКТОМ 7 ПОЛИТИКИ В ОТНОШЕНИИ НПО, ПУНКТОМ 15 ПОЛИТИКИ В ОТНОШЕНИИ ЧАСТНОГО СЕКТОРА, ПУНКТА 7 ПОЛИТИКИ В ОТНОШЕНИИ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ ФОНДОВ И ПУНКТОМ 8 ПОЛИТИКИ В ОТНОШЕНИИ АКАДЕМИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ)

ДОБАВИТЬ СНОСКУ: [Негосударственным структурам [предлагается]/[следует] вносить [свой вклад]/[свои ресурсы], с возможностью максимально гибкого [и не целевого] использования. Как и любой вклад, он должен полностью соответствовать Программному бюджету]

ИЛИ

[ДОБАВИТЬ СНОСКУ: [Ресурсы могут предоставляться только в соответствии с Общей программой работы и Программным бюджетом и должны предусматривать возможность максимально гибкого использования]

ИЛИ

[ВОЗ будет предоставлять подробную информацию в отношении финансовых или неденежных ресурсов, полученных от негосударственных структур, включая название донора, сумму, цель и распределение средств.] (ПЕРЕНЕСТИ ПОСЛЕ ПУНКТА 38)

[ДОБАВИТЬ СНОСКУ: В число сотрудников не входят штатные сотрудники ВОЗ или прикомандированные к ВОЗ. Сотрудники могут приниматься для работы в чрезвычайных ситуациях. Сотрудники никогда не должны использоваться для деятельности, связанной с установлением мер политики, норм и стандартов.] или предоставления взносов в неденежной форме.

Фактические данные

19. Для целей настоящего механизма фактические данные означают сведения, основанные на новейшей информации, знании технических вопросов и принятии во внимание научных фактов, независимо проанализированных ВОЗ. Получение фактических данных ВОЗ включает сбор информации, анализ, подготовку информации, а также управление знаниями и проведение научных исследований. Негосударственные структуры могут предоставлять свои новейшие данные и знания в отношении технических вопросов и делиться своим опытом с ВОЗ, в соответствующих случаях, при условии соблюдения положений настоящего механизма, его четырех конкретных направлений политики и операционных процедур. Такой вклад должен быть общедоступным, в соответствующих случаях, при наличии возможности. Полученные научные данные должны быть общедоступными.

Информационно–разъяснительная работа

20. Информационно–разъяснительная работа представляет собой деятельность, целью которой является повышение осведомленности в вопросах здоровья, в том числе в вопросах, которые не получают достаточного освещения; изменение модели поведения в интересах общественного здравоохранения; а также укрепление сотрудничества и повышение уровня взаимодействия между негосударственными структурами, если требуются совместные действия.

Техническое сотрудничество

21. Для целей настоящего механизма техническое сотрудничество означает, в соответствующих случаях, иное сотрудничество с негосударственными структурами в ходе деятельности, которая подпадает под Общую программу работы, включая:

- разработку продукции
- наращивание потенциала
- оперативное сотрудничество при чрезвычайных ситуациях
- содействие в реализации политики ВОЗ.

УПРАВЛЕНИЕ КОНФЛИКТАМИ ИНТЕРЕСОВ И ДРУГИМИ РИСКАМИ, СВЯЗАННЫМИ С ВЗАИМОДЕЙСТВИЕМ

22. Управление конфликтами интересов и другими рисками, связанными с взаимодействием, в том числе, в соответствующих случаях, путем их недопущения, требует принятия ряда шагов, которые изложены ниже¹:

- ВОЗ должна владеть информацией о негосударственных структурах, с которыми она взаимодействует. Следовательно, каждая негосударственная структура должна предоставить всю соответствующую информацию² о себе и о своей деятельности, после чего ВОЗ проведет необходимую надлежащую проверку такой информации.
- ВОЗ проводит оценку риска для выявления конкретных рисков, связанных с каждым случаем взаимодействия с той или иной негосударственной структурой.
- Управление рисками, связанными с взаимодействием, а также уведомление о них должны осуществляться на каждом из трех уровней Организации и в масштабах всей Организации. Для достижения этой цели ВОЗ управляет взаимодействием при помощи общего электронного инструмента, единого для всей Организации³.
- [Государства–члены [должны осуществлять] осуществляют надзор за взаимодействием ВОЗ с негосударственными структурами. Учитывая это требование, Генеральный директор [ежегодно] представляет доклады о взаимодействии с негосударственными структурами] [[уделяя особое внимание] / [в том числе о] [относящихся к политике] **(ИСКЛЮЧИТЬ)** трудностям, связанным с [предложениями о взаимодействии, переданными] [Группе по координации взаимодействия] [и Генеральному директору] / [и решением ГД не вступать во взаимодействие] [и вносит соответствующий постоянный пункт в повестку дня КПБАВ] [на [очередных совещаниях] Исполнительного комитета] через Комитет по программным, бюджетным и административным вопросам [на [очередных совещаниях] Исполнительного комитета], [а также обнаруживает информацию обо всех случаях взаимодействия через реестр негосударственных структур.] **(ИСКЛЮЧИТЬ)** **(ДОБАВИТЬ СНОСКУ: См. пункт 38ter)**

¹ Механизм разработан в целях регулирования институционального взаимодействия; его реализация тесно связана с реализацией другой организационной политики, регулирующей конфликты интересов в отношении физических лиц (см. пункт 48).

² Как это определено в пункте 38bis.

³ ВОЗ использует электронный инструмент для управления взаимодействием. Общедоступной частью этого инструмента является реестр негосударственных структур; инструмент также обеспечивает электронный документооборот в целях внутреннего управления взаимодействием. Аналогичный электронный инструмент применяется для управления конфликтами интересов в отношении физических лиц в целях согласованной реализации механизма взаимодействия и политики по урегулированию конфликтов интересов в отношении отдельных экспертов.

ИЛИ РАЗБИТЬ ПУНКТ НА ДВЕ ЧАСТИ:**ПРОЦЕСС****СОДЕРЖАНИЕ ДОКЛАДА ГД**

- **НОВОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ:** Государства–члены осуществляют надзор за взаимодействием ВОЗ с негосударственными структурами в соответствии с положениями пунктов 64 и 65
- [Предложить Независимому консультативному надзорному комитету экспертов ежегодно представлять доклады о взаимодействии ВОЗ с негосударственными структурами, уделяя особое внимание вопросам, которыми занимается Группа по координации взаимодействия, а также предоставлять государствам–членам возможность обсуждать этот доклад с Председателем Независимого консультативного надзорного комитета экспертов до его принятия Комитетом по программным, бюджетным и административным вопросам] **(ИСКЛЮЧИТЬ)**
- 38ter. [Помимо общедоступной информации, у государств–членов есть электронный доступ к краткому докладу о надлежащей проверке негосударственной структуры, а также о проведенных оценках риска и управлении риском в связи с взаимодействием. По запросу и в пределах допустимого с правовой точки зрения государствам–членам могут передаваться более подробные сведения об информации, которой Секретариат руководствуется применительно к взаимодействию.] [Кроме того, у государств–членов есть доступ к предложениям о взаимодействии, направленным Группе по координации взаимодействия и Генеральному директору.] **(ИСКЛЮЧИТЬ)**

[Конфликт интересов] (ПРИМЕЧАНИЕ: ВЕСЬ РАЗДЕЛ В КВАДРАТНЫХ СКОБКАХ)

23. Конфликт интересов возникает в тех случаях, когда имеется возможность того, что тот или иной второстепенный интерес (личная заинтересованность в результатах работы ВОЗ в определенной области) оказывает ненадлежащее влияние, либо когда имеются разумные основания предполагать, что он оказывает ненадлежащее влияние на независимость или объективность профессионального суждения или профессиональных действий, касающихся основного интереса (деятельности ВОЗ). Конфликты интересов касаются не только финансовых аспектов, но могут принимать также другие формы.

23bis. Индивидуальные конфликты интересов в ВОЗ охватывают экспертов, независимо от их статуса, и сотрудников; такие конфликты интересов регулируются в соответствии с процедурами, указанными в пункте 48 настоящего механизма.

24. У всех учреждений имеется множество интересов, и это означает, что в процессе взаимодействия с негосударственными структурами ВОЗ часто сталкивается с комбинацией совпадающих и сталкивающихся интересов. **Институциональный**

конфликт интересов означает ситуацию, при которой на основные интересы ВОЗ, которые отражены в Уставе ВОЗ, могут оказывать ненадлежащее влияние сталкивающиеся интересы той или иной негосударственной структуры таким образом, что такие интересы влияют либо имеются разумные основания предполагать, что они могут влиять на независимость и объективность деятельности ВОЗ.

25. В процессе активного управления институциональными конфликтами интересов и другими рисками, связанными с взаимодействием, указанными в пункте 8 выше, ВОЗ стремится избегать ситуаций, когда сталкивающиеся интересы той или иной негосударственной структуры оказывают либо имеются разумные основания предполагать, что они могут оказывать ненадлежащее влияние на процессы принятия решений Организацией или превалируют над ее интересами.

26. Для ВОЗ потенциальный риск возникновения конфликта интересов может быть наиболее высок в тех ситуациях, когда интересы негосударственных структур, особенно экономические, коммерческие или финансовые, вступают в противоречие с политикой ВОЗ в области общественного здравоохранения, ее Уставом, мандатом и интересами, особенно в связи с независимостью и непредвзятостью Организации при разработке политики, установлении норм и стандартов.

Надлежащая проверка и оценка рисков

27. В ходе изучения возможности для вступления в какое-либо взаимодействие соответствующее техническое подразделение Секретариата проводит первичную проверку для определения того, будет ли такое взаимодействие служить интересам Организации и соответствовать принципам взаимодействия ВОЗ с негосударственными структурами, перечисленным в пункте 6, и приоритетам, указанным в Общей программе работы и программном бюджете. Если это так, техническое подразделение направляет негосударственной структуре запрос на предоставление основной информации о такой структуре. Используя электронный инструмент, единый для всей Организации, подразделение дополняет эту информацию описанием предлагаемого взаимодействия и своей оценкой соответствующих преимуществ и рисков. Затем эту информацию передают специализированному центральному подразделению, отвечающему за анализ предоставленной информации.

28. Прежде чем установить взаимодействие с той или иной негосударственной структурой, ВОЗ, в целях сохранения своей безупречной репутации, проводит надлежащую проверку и оценку рисков. **Надлежащая проверка** касается шагов, предпринимаемых ВОЗ в целях поиска и проверки соответствующей информации о негосударственной структуре и обеспечения ясного понимания ее профиля. В то время как надлежащая проверка касается характера соответствующей негосударственной структуры, **оценка рисков** означает оценку конкретного предполагаемого взаимодействия с этой негосударственной структурой.

29. **Надлежащая проверка** сочетает в себе рассмотрение информации, предоставленной негосударственной структурой, поиск информации о соответствующей организации в других источниках, а также анализ всей полученной информации. Такая проверка предусматривает поиск информации в различных

общедоступных, юридических и коммерческих источниках, в том числе в средствах массовой информации; на веб-сайте организации; в аналитических докладах, справочниках и сводках; в публичных юридических и правительственных источниках.

30. Главными целями надлежащей проверки являются:

- прояснить характер и направление деятельности организации, предлагаемой для взаимодействия с ВОЗ;
- прояснить интересы организации и ее задачи применительно к взаимодействию с ВОЗ, а также что она ожидает в ответ;
- определить правовой статус, сферу деятельности, состав, руководство, источники финансирования, учредительные и уставные документы, внутренние правила, а также подведомственность организации;
- определить основные элементы истории и деятельности данной структуры следующего характера: вопросы охраны здоровья, человеческие и трудовые факторы; экологические, этические и деловые аспекты; репутация и имидж; а также финансовая стабильность;
- **ИЗНАЧАЛЬНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ** Определить, совместимы ли характер или деятельность данной негосударственной структуры с работой ВОЗ и возложенной на нее миссией (например, связи с табачной и военной промышленностью) или требуют ли они от Организации особой осторожности при взаимодействии с этой структурой (например, связи с другими отраслями, влияющими на здравоохранение, или отраслями, на которые распространяется действие норм и стандартов ВОЗ). (СНОСКА В соответствии с положениями пункта 44)

ИЛИ

[Определить, совместимы ли характер или деятельность данной негосударственной структуры и вид предполагаемых взаимоотношений с ней с работой ВОЗ и возложенной на нее миссией и должна ли Организация проявлять особую осторожность при взаимодействии с этой структурой после применения положений пунктов 44 и 44bis]

ИЛИ

[Определить, совместимы ли характер или деятельность данной негосударственной структуры с работой ВОЗ и возложенной на нее миссией и должна ли Организация проявлять особую осторожность при взаимодействии ...]

31. Надлежащая проверка также позволяет Секретариату, рассматривающему возможность взаимодействия, отнести каждую из негосударственных структур к одной из четырех групп негосударственных структур, исходя из ее характера, целей,

руководства, финансирования, независимости и членства. Эти категории указываются в реестре негосударственных структур.

32. Риски отражают вероятность и возможное влияние того или иного события, которое может затронуть способность Организации достигнуть своих целей. **Оценка рисков** предполагаемого взаимодействия проводится в дополнение к надлежащей проверке. При этом проводится оценка рисков, связанных с взаимодействием с негосударственной структурой, в частности рисков, указанных в пункте 8.

Управление рисками

33. **Управление рисками** затрагивает процесс подготовки к принятию решения на руководящем уровне, при котором Секретариат принимает ясное и обоснованное решение относительно вступления во взаимодействие¹, продолжения взаимодействия, взаимодействия с принятием мер для ослабления рисков, отказа от взаимодействия или прекращения текущего или планируемого взаимодействия с негосударственной структурой. Это решение принимается на руководящем уровне, обычно подразделением, которое осуществляет взаимодействие с данной негосударственной структурой.

34. Специализированное подразделение, ответственное за проведение надлежащей проверки и оценки рисков, как описано в пункте 27, подготавливает рекомендации о вариантах взаимодействия в соответствии с перечнем, приведенным в пункте 33, выше, наряду с обоснованием таких рекомендаций. Если подразделение, предложившее взаимодействие, соглашается с рекомендациями, оно выполняет их. В случае расхождений такие вопросы могут быть направлены на рассмотрение Группы по координации взаимодействия. [СНОСКА **Группа по координации взаимодействия** представляет собой группу Секретариата, которая назначается Генеральным директором и включает в себя представителей региональных бюро.]

35. Группа по координации взаимодействия рассматривает переданные ей предложения по взаимодействию и представляет рекомендации в отношении взаимодействия, продолжения взаимодействия, взаимодействия с принятием мер для ослабления рисков, отказа от взаимодействия или прекращения текущего или планируемого взаимодействия с негосударственными структурами. Если подразделение, ответственное за взаимодействие, не соглашается с этими рекомендациями, окончательное решение остается за Генеральным директором.

36. В соответствии с системой управления рисками ВОЗ², подход к взаимодействию строится на управлении рисками, вследствие чего ВОЗ вступает во взаимодействие с той или иной негосударственной структурой только если польза в виде прямого или косвенного вклада в общественное здравоохранение и выполнение мандата Организации согласно пункту 7 превосходит уровень любого остаточного риска,

¹ Кроме решений по официальным отношениям в соответствии с пунктами с 49 по 55.

² См. документ EB133/10.

обусловленного таким взаимодействием, как указано в пункте 8, а также оправдывает время и ресурсы, связанные с установлением и поддержанием такого взаимодействия.

Прозрачность

37. Взаимодействие ВОЗ с негосударственными структурами [регулируется]/[должно регулироваться] на прозрачной основе. ВОЗ представляет руководящим органам ежегодные доклады о своем взаимодействии с негосударственными структурами [включая работу Группы по координации взаимодействия] и предоставляет открытый доступ к основной информации о тех негосударственных структурах, с которыми она взаимодействует, а также о конкретных направлениях взаимодействия.

ИЛИ

[Взаимодействие ВОЗ с негосударственными структурами регулируется на прозрачной основе. ВОЗ представляет руководящим органам ежегодные доклады о своем взаимодействии с негосударственными структурами, [включая краткую информацию о надлежащей проверке, оценке рисков и мерах по регулированию рисков, принятых Секретариатом.] включая работу Группы по координации взаимодействия, и предоставляет открытый доступ к соответствующей информации о тех негосударственных структурах, с которыми она взаимодействует, а также о конкретных направлениях взаимодействия.] [включая краткую информацию о надлежащей проверке, оценке рисков и мерах по регулированию рисков, принятых Секретариатом.]

(ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: СОХРАНИТЬ ТОЛЬКО ТЕКСТ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ)

38. **Реестр негосударственных структур ВОЗ** представляет собой электронный инструмент с открытым доступом на базе Интернета, который используется Секретариатом¹ для документального оформления взаимодействия с негосударственными структурами. Он содержит основную стандартную информацию, предоставляемую негосударственными структурами², а также высокоуровневые описания взаимодействия, которое ВОЗ поддерживает с этими структурами (СНОСКА 3);

¹ Реестр негосударственных структур является первым уровнем инструмента, используемого Секретариатом, который содержит четыре уровня информации: общедоступный уровень, уровень, доступный для государств-членов, рабочий уровень для Секретариата и уровень конфиденциальной и закрытой информации, доступной для ограниченного числа лиц в рамках Секретариата.

² Информация о финансовых взносах, полученных от негосударственных структур, заносится в этот реестр и в веб-портал программного бюджета.

[СНОСКА 3: В реестре охвачены все три уровня Организации – глобальный уровень, региональный уровень и уровень отдельных стран – и в него включены размещенные партнерства и совместные программы]

38bis. От негосударственных структур, взаимодействующих с ВОЗ, требуется предоставление информации о своей организации: наименование, правовой статус, цели и структуры управления, состав основных органов, принимающих решения, активы, ежегодный доход и источники финансирования, основные соответствующие филиалы, веб-сайт, а также один или несколько координаторов для связи с ВОЗ.

38bis. [От негосударственных структур, взаимодействующих с ВОЗ, требуется предоставление информации о своей организации: наименование, правовой статус, цели и структуры управления, состав основных органов, принимающих решения, активы, ежегодный доход и источники финансирования, основные соответствующие филиалы, веб-сайт, а также один или несколько координаторов для связи с ВОЗ.]

38ter. [Отчеты о надлежащей проверке, [включая] (ИСКЛЮЧИТЬ) решения, касающиеся оценки рисков и управления рисками [, в том числе решения от отказа от взаимодействия] / (ИСКЛЮЧИТЬ) будут предоставлены государствам-членам] [а соответствующая информация будет находиться в открытом доступе] / (ИСКЛЮЧИТЬ) ИЛИ [Отчеты о надлежащей проверке и оценке рисков, а также решения о вариантах взаимодействия, перечисленные в пункте 33, будут предоставлены государствам-членам.]

38ter. **СТАРЫЙ ТЕКСТ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ:** [Помимо общедоступной информации, государства-члены имеют электронный доступ к кратким отчетам о надлежащей проверке негосударственных структур, а также к информации об оценке рисков и управлении рисками, касающейся взаимодействия. Более подробная информация, используемая Секретариатом для руководства таким взаимодействием, может быть предоставлена для ознакомления государствам-членам по соответствующей просьбе и при наличии юридической возможности.]

НОВЫЙ ТЕКСТ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: 38ter. Помимо общедоступной информации, государства-члены имеют электронный доступ к кратким отчетам о надлежащей проверке негосударственных структур, а также к информации об оценке рисков и управлении рисками, касающейся взаимодействия. [Более подробная информация, используемая Секретариатом для руководства таким взаимодействием, может быть предоставлена для ознакомления государствам-членам по соответствующей просьбе и при наличии юридической возможности.] Кроме того, государства-члены могут вести поиск такой информации, касающейся случаев, рассмотренных Группой по координации взаимодействия.

И

[Добавить к тексту резолюции сроки создания и введения в действие данного реестра.]

(ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: СОХРАНИТЬ ТЕКСТ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ В ПУНКТАХ 38, 38bis. И 38ter. В РЕЗОЛЮЦИЮ БЫЛО ДОБАВЛЕНО УПОМИНАНИЕ ВВЕДЕНИЯ В ДЕЙСТВИЕ РЕЕСТРА)

39. Когда Секретариат принимает решение о взаимодействии с той или иной негосударственной структурой, краткая информация, предоставленная этой негосударственной структурой и внесенная в реестр негосударственных структур ВОЗ, публикуется в открытых источниках. Ответственность за точность информации, предоставленной негосударственной структурой и внесенной в реестр, несет соответствующая негосударственная структура, и ВОЗ не несет никакой ответственности за такую информацию.

40. Негосударственные структуры, указанные в реестре, должны обновлять информацию о себе на ежегодной основе или по запросу ВОЗ. Информация в реестре негосударственных структур, с которыми ВОЗ поддерживает отношения, должна содержать дату. Информация о тех структурах, которые более не взаимодействуют с ВОЗ или не обновили свою информацию, будет отмечена как «архивная». Архивная информация из реестра негосударственных структур ВОЗ может учитываться в связи с будущими заявками о взаимодействии, если это применимо.

41. ВОЗ ведет соответствующее пособие, содержащее руководящие принципы взаимодействия негосударственных структур с ВОЗ. Также ведется руководство для персонала по реализации механизма взаимодействия с негосударственными структурами.

ПРИМЕЧАНИЕ: Следующий текст из пункта 41 был «предварительно оставлен» для использования при обсуждении пункта 48

[будет применяться в сочетании с механизмом взаимодействия] (ИСКЛЮЧИТЬ:)

ИЛИ

[Все соответствующие руководства ВОЗ будут [согласованы] / [приведены в соответствие] с данным механизмом (СНОСКА: ПЕРЕЧИСЛИТЬ ВСЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ)]

ИЛИ

ПЕРЕНЕСТИ (В КАЧЕСТВЕ СНОСКИ) В ПУНКТ 48

(ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: УДАЛИТЬ ВСЬ ТЕКСТ, ВЫДЕЛЕННЫЙ ЖЕЛТЫМ, ПОСКОЛЬКУ ЭТИ ВОПРОСЫ БУДУТ РАССМОТРЕНЫ В ПУНКТЕ 48)

42. (ИСКЛЮЧЕН)

43. (ИСКЛЮЧЕН)

ОСОБЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

44. ВОЗ не взаимодействует с отраслями по производству табачных изделий или оружия [и аффилированными с ними структурами]

(ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: ПРИНЯТЬ «И АФФИЛИРОВАННЫМИ С НИМИ СТРУКТУРАМИ»)

[Взаимодействие с отдельными отраслями промышленности] / [негосударственными структурами]

44bis. [ВОЗ проявляет [особую]/[должную]/(ИСКЛЮЧИТЬ) осторожность, [в соответствии и в зависимости от правил настоящего механизма] особенно при проведении надлежащей проверки и оценки риска при взаимодействии с [негосударственными структурами]/[другими отраслями]/[частным сектором и некоторыми отраслями] [негативно] влияющими на здоровье человека или с отраслями, на которые распространяется действие норм и стандартов ВОЗ.][КОНЕЦ ПРЕДЛОЖЕНИЯ] [[, такими как]/[, например,] отраслями по производству алкогольных и безалкогольных напитков и пищевых продуктов [, но не ограничиваясь ими]

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: 44 bis ВОЗ проявляет особую осторожность, особенно при проведении надлежащей проверки и оценки риска при взаимодействии со структурами частного сектора и другими негосударственными структурами, на которые распространяется действие норм и стандартов ВОЗ.

Ассоциация с наименованием и эмблемой ВОЗ

45. **Наименование и эмблема** ВОЗ являются признанными символами авторитетности и гарантии качества для общественности. Наименование, сокращение и эмблема ВОЗ не должны использоваться для коммерческих и/или рекламных целей или в связи с ними. Для любого вида использования названия и эмблемы требуется однозначное письменное разрешение Генерального директора ВОЗ¹.

Прикомандирования

46. [ВОЗ не допускает прикомандирования от негосударственных структур.] / (ИСКЛЮЧИТЬ:)

¹ См. <http://www.who.int/about/licensing/emblem/en/>.

ИЛИ

[ВОЗ не допускает прикомандирования от негосударственных структур частного сектора. Прикомандирования от других типов негосударственных структур допускаются в соответствии с документом А67/7.]

ИЛИ

[ВОЗ может допускать прикомандирования от негосударственных структур для ведения технической работы или осуществления программ и стратегий ВОЗ и принятия мер реагирования на чрезвычайные ситуации.]

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: 46. ВОЗ не допускает прикомандирования от негосударственных структур

СВЯЗЬ МЕХАНИЗМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ДРУГИМИ НАПРАВЛЕНИЯМИ ПОЛИТИКИ ВОЗ

47. Данный механизм заменяет Принципы, регламентирующие отношения между Всемирной организацией здравоохранения и неправительственными организациями¹, а также Руководящие принципы работы с коммерческими предприятиями в порядке обеспечения соответствующей отдачи от медико-санитарных мероприятий (принятые к сведению Исполнительным комитетом)².

48. Реализация на практике механизма взаимодействия с негосударственными структурами координируется [и согласуется] с [соответствующими направлениями политики, перечисленными ниже. В случае конфликта настоящий механизм будет иметь преимущественную силу.] / [с соблюдением следующих соответствующих направлений политики], которые сохраняют силу. [~~В случае конфликта настоящий механизм будет иметь преимущественную силу по отношению к направлениям политики, перечисленным ниже~~]:

ИЛИ

[Осуществление направлений политики, перечисленных ниже, будет координироваться и согласовываться с механизмом взаимодействия с негосударственными структурами.]

[[а) Взаимодействие ВОЗ с глобальными партнерствами в области здравоохранения и договоренности о размещении³]

¹ Основные документы, 47-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2009 г.: стр. 81–86 (англ. изд.).

² См. документ EB107/2001/REC/2, протокол двенадцатого заседания.

³ Утверждено Всемирной ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA63.10 о партнерствах.

[(i) Размещенные партнерства получают свой правовой статус через ВОЗ и должны выполнять правила и положения этой организации. Таким образом, сфера действия данного механизма распространяется на их взаимодействие с негосударственными структурами. Они имеют официальные руководящие структуры, отличные от руководящих органов ВОЗ, в рамках которых принимаются решения в отношении направлений деятельности, планов работы и бюджетов; системы их программной подотчетности также независимы от систем Организации. Подобны же образом, действие данного механизма распространяется на другие размещенные организации, которые должны соблюдать правила и положения Организации.]

[(ii) Участие ВОЗ в работе внешних партнерств регламентируется политикой в отношении взаимодействия ВОЗ с глобальными партнерствами в области здравоохранения и договоренностей о размещении. В управлении рисками, связанными с участием ВОЗ в работе этих партнерств, применяется настоящий механизм взаимодействия с негосударственными структурами.]

ИЛИ

[(a) Партнерства и организации, размещенные при ВОЗ, подпадают под действие настоящего механизма в части, применимой к ВОЗ.]

[Размещенные партнерства подпадают под действие механизма взаимодействия с негосударственными структурами с учетом политики ВОЗ в отношении взаимодействия с глобальными партнерствами в области здравоохранения и договоренностей о размещении (резолюция WHA63.10).]

(b) Управление отношениями ВОЗ с отдельными экспертами регламентируется Положениями об экспертно-консультативных советах и комитетах¹ и Руководящими принципами в отношении заявления о наличии/отсутствии заинтересованности (эксперты ВОЗ).

(c) Положения о персонале и Правила о персонале Организации и, в частности, положения о заявлении интересов, предусмотренные в них: в соответствии со Статьей 1.1 Положений о персонале Всемирной организации здравоохранения, весь персонал «обязуется исполнять свои обязанности и контролировать свои действия исключительно в интересах Всемирной организации здравоохранения».

¹ См. Основные документы, 47-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2009 г., стр. 104–112 (англ. изд.). (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/basic-documents-47-en.pdf>, по состоянию на 1 декабря 2014 г.).

(d) Научное сотрудничество регулируется Положениями об исследовательских и научных группах, сотрудничающих учреждениях и других механизмах сотрудничества¹.

(e) Закупка товаров и услуг регулируется Финансовыми правилами и Положениями о финансах²; механизм взаимодействия с негосударственными структурами к этому процессу не применим, хотя безвозмездные взносы от негосударственных структур этими механизмами регулируются.

(f) Как и в случае любого иного финансирования в интересах ВОЗ, финансирование со стороны негосударственных структур следует рассматривать в качестве части диалога по финансовым вопросам и распространять на него действие Финансовых правил и Положений о финансах; вместе с тем, решение, касающееся согласия на такой финансовый взнос, регулируется данным механизмом.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: ПРИНЯТЬ ТЕКСТ, ИСКЛЮЧИТЬ ТЕКСТ В КВАДРАТНЫХ СКОБКАХ ПО ВОПРОСАМ, КОТОРЫЕ БУДУТ РАССМОТРЕНЫ В РЕЗОЛЮЦИИ:

ИЛИ

[48a) alt. Участие ВОЗ во внешних партнерствах регулируется политикой в отношении взаимодействия ВОЗ с глобальными партнерствами в области здравоохранения и договоренностей о размещении и настоящим механизмом на взаимодополняемой основе. В частности, для целей надлежащей проверки, оценки риска и управления риском в связи с участием ВОЗ в официальных партнерствах применяется настоящий механизм.]

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

49. «Официальные отношения» – это привилегия, которую Исполнительный комитет может предоставить неправительственным организациям, международным коммерческим ассоциациям и благотворительным фондам, которые поддерживают устойчивое и систематическое взаимодействие³ в интересах Организации. Цели и деятельность всех этих структур должны соответствовать духу, целям и принципам Устава ВОЗ, при этом они должны вносить существенный вклад в развитие

¹ Основные документы, 47-е издание. Всемирная организация здравоохранения; 2009 г., стр. 113-120 (англ. изд.).

² Основные документы, 47-е издание. Всемирная организация здравоохранения; 2009 г., стр. 87-97 (англ. изд.).

³ Минимум два года систематического взаимодействия, зафиксированного в реестре негосударственных структур ВОЗ, которое было взаимовыгодным по оценке обеих сторон. Участие в совещаниях друг друга не считается систематическим взаимодействием.

общественного здравоохранения. Организации, состоящие в официальных отношениях, могут присутствовать на совещаниях руководящих органов ВОЗ, однако в остальном они должны соблюдать те же правила, что и другие негосударственные структуры, которые налаживают взаимодействие с ВОЗ.

50. [Все организации, состоящие в официальных отношениях, должны иметь устав или аналогичный базовый документ, официальную штаб–квартиру, директивный или руководящий орган, административную структуру и регулярно обновляемую информацию в реестре негосударственных структур ВОЗ.]

ИЛИ

50alt. [Организации, состоящие в официальных отношениях (ВСТАВИТЬ СНОСКУ), являются международными по своему членскому составу и/или сфере деятельности. Все организации, состоящие в официальных отношениях, должны иметь устав или аналогичный базовый документ, официальную штаб–квартиру, директивный или руководящий орган, административную структуру и регулярно обновляемую информацию в реестре негосударственных структур ВОЗ.]

[СНОСКА: До установления рабочих взаимоотношений между ВОЗ и какой–либо национальной НПО и до согласования какой–либо программы сотрудничества с такой организацией принимаются соответствующие меры для проведения консультаций с правительством соответствующей страны в соответствии со Статьей 71 Устава ВОЗ.)]

ИЛИ

50alt ПРЕДЫДУЩЕЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ. Организации, состоящие в официальных отношениях, являются международными по своему членскому составу и [/или] сфере деятельности. Все организации, состоящие в официальных отношениях, должны иметь устав или аналогичный базовый документ, официальную штаб–квартиру, [директивный]/ [управляющий] или руководящий орган, административную структуру и регулярно обновляемую информацию в реестре негосударственных структур ВОЗ. (+ ИСКЛЮЧИТЬ ПУНКТ 55)

НОВОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: Организации, состоящие в официальных отношениях, являются международными по своему членскому составу и /или сфере деятельности. Все организации, состоящие в официальных отношениях, должны иметь устав или аналогичный базовый документ, официальную штаб–квартиру, руководящий орган, административную структуру и регулярно обновляемую информацию в реестре негосударственных структур ВОЗ. (+ ИСКЛЮЧИТЬ ПУНКТ 55)

51. План сотрудничества [с согласованными целями/ результатами/ целевыми показателями и]

[, основанного на взаимосогласованных целях и] (ИСКЛЮЧИТЬ)

содержащего описание деятельности на предстоящий трехлетний период и соответствующего по своей структуре Общей программе работы и Программному

бюджету. Этот план также подлежит публикации в реестре негосударственных структур ВОЗ. Эти организации должны ежегодно предоставлять краткий доклад о ходе осуществления плана сотрудничества и иной соответствующей деятельности, и этот доклад будет также публиковаться в реестре ВОЗ.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: Ст. 51. Официальные отношения строятся на основе плана сотрудничества между ВОЗ и организацией, содержащего согласованные цели и описание деятельности на предстоящий трехлетний период и соответствующего по своей структуре Общей программе работы и Программному бюджету. Этот план также подлежит публикации в реестре негосударственных структур ВОЗ. Эти организации должны ежегодно предоставлять краткий доклад о ходе осуществления плана сотрудничества и иной соответствующей деятельности, и этот доклад будет также публиковаться в реестре ВОЗ.

52. Исполнительный комитет несет ответственность за принятие решений об установлении официальных отношений ВОЗ с соответствующими организациями и пересматривает этот статус каждые три года. Генеральный директор может предложить принять такие решения в отношении соответствующих международных неправительственных организаций, благотворительных фондов и международных коммерческих ассоциаций. Генеральный директор может также предложить провести досрочное рассмотрение на основе опыта сотрудничества с данной организацией.

53. Организации, состоящие в официальных отношениях, получают приглашение на участие в сессиях руководящих органов ВОЗ. Их привилегии включают в себя:

(a) возможность назначать представителя для участия без права голоса в совещаниях руководящих органов ВОЗ или в совещаниях комитетов, а также на конференциях, созываемых под эгидой ВОЗ;

(b) возможность выступать с заявлениями, если Председатель совещания (i) предложит им это сделать; или (ii) он согласится с их просьбой об этом в случае обсуждения пункта повестки дня, который представляет особый интерес для данной организации;

(c) возможность представить заявление, упомянутое в подпункте (b) выше, до обсуждения для его размещения Секретариатом на специальном веб-сайте.

54. Негосударственные структуры, принимающие участие в совещаниях руководящих органов ВОЗ, назначают главу своей делегации и заявляют о подведомственности своих делегатов. Это заявление включает функцию каждого делегата в рамках самой негосударственной структуры и, в соответствующих случаях, функцию делегата, которую он выполняет в той или иной подведомственной организации.

55. [Организации, состоящие в официальных отношениях, являются международными по своему членскому составу и/или сфере действия. Организация или ее аффилированные структуры могут также принимать участие в совещаниях

региональных комитетов. Региональные комитеты могут принимать решение по процедуре предоставления аккредитации на своих совещаниях другим негосударственным структурам, не находящимся в официальных отношениях, если эта процедура регламентируется в соответствии с настоящим механизмом.] (ОБСУДИТЬ ВМЕСТЕ С ПУНКТОМ 51)

(ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ПРЕДЛАГАЕТ ИСКЛЮЧИТЬ ПУНКТ 55, ПОСКОЛЬКУ ОН ОБЪЕДИНЕН С ПУНКТОМ 50)

Процедура установления официальных отношений с организациями и пересмотра их статуса

56. Заявление об установлении официальных отношений должно быть основано на последних данных в реестре негосударственных структур ВОЗ и должно содержать всю необходимую запрашиваемую информацию относительно характера и деятельности данной негосударственной структуры. В заявлении должна быть кратко изложена история взаимодействия, документально оформленная в реестре негосударственных структур, и трехлетний план сотрудничества с ВОЗ, который был разработан и согласован на совместной основе негосударственной структурой и ВОЗ.

57. Подписанное письмо, подтверждающее точность заявления об установлении официальных отношений, которое предоставляется в онлайн-режиме, должно поступить в штаб-квартиру ВОЗ не позднее конца июля для его представления Исполнительному комитету на его сессии в январе следующего года. Заявления об установлении официальных отношений подлежат рассмотрению с целью удостовериться в их соответствии установленным критериям и другим требованиям, предусмотренным данным механизмом. Заявления должны быть переданы членам Исполнительного комитета Секретариатом за шесть недель до открытия январской сессии Исполнительного комитета, на которой они будут рассматриваться.

58. Организации, состоящие в официальных отношениях, и Секретариат должны назначить координаторов по сотрудничеству, которые будут информировать друг друга и свои организации о любых изменениях в работе по осуществлению плана сотрудничества, и которые будут первой инстанцией для связи в случае любых изменений или проблем. [ПОМЕСТИТЬ ПУНКТ ПОСЛЕ ПУНКТА 61]

59. На январской сессии Исполкома Комитет по программным, бюджетным и административным вопросам рассматривает поданные заявления и выносит соответствующие рекомендации Исполкому. Комитет может пригласить представителя организации-заявителя выступить перед Комитетом в связи с заявлением этой организации. Если будет сочтено, что организация-заявитель не удовлетворяет установленным критериям, и с учетом целесообразности обеспечения продолжения полезного партнерства на основе определенных целей и данных, подтверждающих успешное взаимодействие в прошлом, а также с учетом принципов будущей совместной деятельности, Комитет может рекомендовать отложить рассмотрение или отклонить заявление.

60. После рассмотрения рекомендаций Комитета Исполком принимает решение о том, следует ли установить официальные отношения ВОЗ с данной организацией. Повторные заявления от негосударственных структур, как правило, не рассматриваются до истечения двух лет с момента принятия решения Исполкомом по первоначальному заявлению.

61. Генеральный директор информирует каждую организацию о решении Исполкома в связи с ее заявлением. Генеральный директор документально оформляет решения, принятые Секретариатом и Исполнительным комитетом по заявлениям негосударственных структур, отражает их статус в реестре негосударственных структур ВОЗ и ведет перечень организаций, с которыми установлены официальные отношения.

62. Исполком через свой Комитет по программным, бюджетным и административным вопросам рассматривает сотрудничество с каждой негосударственной структурой, состоящей в официальных отношениях, раз в три года и принимает решение в отношении целесообразности сохранения официальных отношений или переносит принятие решения о пересмотре на следующий год. Такое рассмотрение Исполнительным комитетом проводится за трехлетний период, при этом рассмотрение одной трети организаций, состоящих в официальных отношениях, осуществляется на ежегодной основе.

63. Генеральный директор может предложить досрочный пересмотр Исполнительным комитетом официальных отношений ВОЗ с той или иной негосударственной структурой через его Комитет по программным, бюджетным и административным вопросам при возникновении проблем, например в случае невыполнения ею обязательств по плану сотрудничества, отсутствия контактов, невыполнения негосударственной структурой требований, предъявляемых к отчетности, или изменений в характере или деятельности данной организации, несоответствия негосударственной структуры установленным критериям или каких-либо потенциальных новых рисков для сотрудничества.

64. Исполком может прекратить официальные отношения, если сочтет, что такие отношения более не уместны или в них нет потребности в свете изменения программ или иных обстоятельств. Аналогичным образом, Исполком может приостановить или прекратить официальные отношения, если данная организация перестает удовлетворять критериям, которые применялись на момент установления таких отношений, не обновляет свою информацию и доклад о сотрудничестве в реестре негосударственных структур ВОЗ или же не выполняет своих обязательств по согласованной программе сотрудничества.

АККРЕДИТАЦИЯ НПО

64 bis Для того чтобы отвечать критериям аккредитации на совещаниях Ассамблеи здравоохранения, Исполнительного комитета и комитетов и конференций, созываемых под их эгидой, неправительственная организация должна:

(a) иметь цели и намерения, соответствующие Уставу ВОЗ и политике Организации, а также резолюциям и решениям, принятым Исполнительным комитетом и Всемирной ассамблеей здравоохранения;

(b) демонстрировать компетентность в области деятельности, связанной с работой ВОЗ;

(c) иметь международный членский состав и/или международную сферу деятельности;

(d) быть некоммерческой и действующей в общественных интересах по своей сути, а также в своей деятельности и информационно-разъяснительной работе;

(e) иметь учрежденную структуру, учредительный акт и механизмы подотчетности;

(f) для представительной организации иметь полномочия выступать от имени своих членов и иметь представительскую структуру: членами не должны быть организации частного сектора, физические лица, связанные с организациями частного сектора, или благотворительные фонды и академические учреждения, не сотрудничающие на основе принципа незаинтересованности в частном секторе;

(g) официально существовать, по меньшей мере, три года на дату получения ВОЗ заявления;

(h) раскрыть информацию о своих целях, структуре, членском составе исполнительного органа, области деятельности и источнике финансирования и, в соответствующих случаях, о своем статусе по отношению к другим организациям системы Организации Объединенных Наций;

(i) согласиться регулярно предоставлять ВОЗ обновляемую информацию, а также информировать ВОЗ о любых изменениях, касающихся ее статуса «неправительственной организации», сразу же после таких изменений.

Заполненные заявления должны поступить в штаб-квартиру ВОЗ к началу июня, с тем чтобы Исполнительный комитет мог рассмотреть их в январе следующего года. Заявления должны быть переданы государствам-членам Секретариатом за два месяца до сессии, на которой они будут рассматриваться. Повторные заявления от «неправительственной организации» не рассматриваются до истечения двух лет с момента принятия решения Исполкомом по первоначальному заявлению. После аккредитации неправительственной организации информация, собранная о ее целях, структуре, членском составе исполнительного органа, области деятельности и источнике финансирования, включая обновленную информацию, будет доступна для всеобщего ознакомления. Доклад об аккредитованных неправительственных организациях будет представляться Исполнительному комитету раз в два года.]

(ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: ИСКЛЮЧИТЬ)

НАДЗОР ЗА ВЗАИМОДЕЙСТВИЕМ

65. Исполнительный комитет через свой Комитет по негосударственным структурам осуществляет надзор за реализацией механизма ВОЗ в области взаимодействия с негосударственными структурами, предлагает пересмотр механизма и может предоставлять привилегии в рамках официальных отношений международным неправительственным организациям, благотворительным фондам и международным коммерческим ассоциациям.

66. Комитет по программным, бюджетным и административным вопросам осуществляет рассмотрение, дает руководящие указания, а также по мере необходимости предоставляет рекомендации Исполнительному комитету по следующим вопросам:

(a) общий надзор за работой ВОЗ по реализации механизма взаимодействия с негосударственными структурами, включая:

(i) рассмотрение ежегодного доклада о взаимодействии с негосударственными структурами, представленного Генеральным директором, в котором приводится обобщенная информация о случаях взаимодействия и отмечаются проблемы, связанные с такими случаями.

И

(i bis) [рассмотрение ежегодного доклада Независимого консультативного надзорного комитета экспертов о взаимодействии ВОЗ с негосударственными структурами]

(ii) любой другой вопрос взаимодействия, переданный Комитету Исполкомом

(b) организации, состоящие в официальных отношениях с ВОЗ, включая:

(i) предложения, касающиеся установления официальных отношений с негосударственными структурами

(ii) рассмотрение возобновления официальных отношений с организациями

(c) в случае необходимости, предложение о внесении изменений в механизм взаимодействия с негосударственными структурами.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: СОХРАНИТЬ ТЕКСТ, ВКЛЮЧАЯ *ibis*

НЕСОБЛЮДЕНИЕ НАСТОЯЩЕГО МЕХАНИЗМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

67. Несоблюдение настоящего механизма может, в частности, включать в себя: значительные задержки при предоставлении информации для реестра

негосударственных структур ВОЗ; предоставление неправильной информации; использование механизма взаимодействия с ВОЗ в коммерческих, маркетинговых и рекламных целях; [занятие [политической деятельностью]/[политикой, проводимой в пользу одной партии];] неправомерное использование наименования и эмблемы ВОЗ; а также злоупотребление привилегиями, предоставленными на основании официальных отношений.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ 67 alt: Несоблюдение настоящего механизма может, в частности, включать в себя: значительные задержки при предоставлении информации для реестра негосударственных структур ВОЗ; предоставление неправильной информации; использование механизма взаимодействия с ВОЗ в коммерческих, маркетинговых и рекламных целях; неправомерное использование наименования и эмблемы ВОЗ; а также злоупотребление привилегиями, предоставленными на основании официальных отношений.

68. Несоблюдение негосударственной структурой положений настоящего механизма может повлечь определенные последствия после осуществления необходимых процедурных действий, включая напоминание, предупреждение, письмо о прекращении и невозобновлении деятельности, отказ в возобновлении взаимодействия и прекращение взаимодействия. В этой связи может быть предусмотрен пересмотр статуса официальных отношений Исполнительным комитетом, при этом факт несоблюдения может стать причиной невозобновления официальных отношений. За исключением существенных и преднамеренных случаев несоблюдения механизма, соответствующая негосударственная структура не должна автоматически исключаться из иного взаимодействия с ВОЗ.

69. Любой финансовый взнос, полученный ВОЗ, который, как будет установлено впоследствии, не соответствует условиям настоящего механизма, возвращается стороне, сделавшей этот взнос.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА МЕХАНИЗМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

70. Реализация механизма будет подлежать непрерывному внутреннему контролю со стороны группы по координации взаимодействия и Исполнительного комитета, действующего через Комитет по программным, бюджетным и административным вопросам, с составлением ежегодного доклада о взаимодействии с негосударственными структурами и оценкой информации, внесенной в реестр негосударственных структур.

71. Кроме того, реализация механизма взаимодействия требует проведения периодической оценки. Результаты такой оценки вместе с предложениями по пересмотру механизма подлежат представлению Исполнительному комитету через Комитет по программным, бюджетным и административным вопросам. **[ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ БУДЕТ УСТАНОВЛЕНА В РЕЗОЛЮЦИИ]**

[Новый 72. Для эффективной реализации механизма будут предприняты следующие шаги:

(a) Рассмотреть существующий перечень негосударственных структур, состоящих в официальных отношениях с ВОЗ, и распределить их по категориям негосударственных структур, установленным в настоящем Механизме.

(b) Рассмотреть существующие внешние и размещенные партнерства и сотрудничества ВОЗ в свете настоящего Механизма и принять надлежащие меры для предотвращения рисков и управления рисками. С этой целью Секретариату следует предложить общественности представлять комментарии.

(c) Рассмотреть все направления политики, перечисленные в пункте 48 документа EВ136/5, и внести необходимые поправки для полного согласования этих направлений политики с настоящим механизмом. С этой целью Секретариат проведет консультации на базе Интернета, открытые для государств-членов и общественности, для определения существующих направлений политики, которые необходимо рассмотреть и в которые необходимо внести поправки в свете механизма.

(d) Реестр негосударственных структур должен быть введен в действие не позднее чем через шесть месяцев после принятия Механизма взаимодействия с негосударственными структурами.] [ПРИВЕСТИ ССЫЛКУ НА РЕЗОЛЮЦИЮ]

(ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: ИСКЛЮЧИТЬ ПУНКТ 72 КАК РАССМАТРИВАЕМЫЙ В РЕЗОЛЮЦИИ)

ПРОЕКТ ПОЛИТИКИ И РАБОЧИХ ПРОЦЕДУР ВОЗ ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ С НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

1. Неправительственные организации вносят важный вклад в глобальное здравоохранение, поскольку в своей деятельности они зачастую глубоко входят корнями в местные общины, обладают особой гибкостью в плане реагирования на потребности в области здравоохранения, представляют интересы затронутых групп населения и других ключевых групп и содействуют продвижению новаторских решений. Следовательно, ВОЗ взаимодействует с этой группой ключевых участников системы глобального здравоохранения с целью заручиться их поддержкой в выполнении миссии ВОЗ.

(ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: СОХРАНИТЬ ЭТОТ ПУНКТ)

2. Данная политика регламентирует конкретно взаимодействие ВОЗ с неправительственными организациями в разбивке по типам взаимодействия¹. Общие положения механизма взаимодействия применимы также ко всем видам взаимодействия с неправительственными организациями.

УЧАСТИЕ

Участие неправительственных организаций в совещаниях ВОЗ²

3. ВОЗ может приглашать неправительственные организации для участия в консультациях, слушаниях или иных совещаниях в соответствии с пунктом 16 всеобъемлющего механизма. Консультации и слушания могут проводиться с помощью электронных средств или в форме личного участия.

4. Участие в других совещаниях осуществляется на основе обсуждения того или иного вопроса, который представляет для данной неправительственной организации особый интерес, если такое участие позволит повысить результативность данного совещания. Такое участие может также осуществляться в форме обмена информацией и мнениями, но ни в коем случае не для разработки того или иного консультативного заключения.

4bis. Характер участия неправительственных организаций зависит от типа соответствующего совещания. Формат, условия и участие неправительственных организаций в консультациях, слушаниях и иных совещаниях определяется в каждом конкретном случае руководящими органами ВОЗ или Секретариатом. Во всех случаях, когда это возможно, информация об участии и материалах, полученных

¹ См. пять типов взаимодействия в пунктах 15–21 всеобъемлющего механизма взаимодействия.

² За исключением сессий руководящих органов, которые регламентируются политикой управления взаимодействием.

от неправительственных организаций, должны быть в открытом доступе. Неправительственные организации не принимают участия в каком бы то ни было процессе принятия решений на уровне Организации.

Участие Секретариата в совещаниях, организованных неправительственными организациями

5. ВОЗ может организовывать совместные совещания или выступать на совместной основе спонсором совещаний, организованных неправительственными организациями, при условии сохранения безупречности, независимости и репутации Организации и в том случае, если это участие содействует достижению целей ВОЗ, закрепленных в Общей программе работы. Сотрудники ВОЗ могут участвовать в совещаниях, организованных неправительственными организациями, в соответствии с внутренними правилами процедуры Организации. Неправительственная организация не должна представлять участие ВОЗ в ложном свете в качестве официальной поддержки или одобрения данного совещания и соглашается не использовать участие ВОЗ в рекламных целях.

Рабочие процедуры

6. Участие ВОЗ в совещаниях, организованных неправительственными организациями, в качестве одного из организаторов, спонсоров, участников дискуссии или выступающих регламентируется положениями данного механизма взаимодействия с негосударственными структурами.

РЕСУРСЫ

7. ВОЗ может принимать денежные средства, сотрудников и взносы натурой от неправительственных организаций, если такие взносы соответствуют сфере действия Общей программы работы ВОЗ, не создают конфликта интересов, регулируются в соответствии с настоящим механизмом и соответствуют другим действующим положениям, правилам и политике ВОЗ.

СОХРАНИТЬ ТЕКСТ; ДОБАВИТЬ СНОСКУ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К СОТРУДНИКАМ: Прикомандирование сотрудников допускается только для работы на краткосрочных контрактах, которые не предусматривают нормативную работу, и если потенциальные риски регулируются в соответствии с настоящим механизмом.

8. ВОЗ может предоставлять ресурсы той или иной неправительственной организации для осуществления конкретной работы в соответствии с программным бюджетом, Положениями о финансах и Финансовыми правилами, а также другими применимыми правилами и принципами. Такие ресурсы могут предоставляться для целей реализации проекта учреждения, который, по мнению ВОЗ, заслуживает поддержки и соответствует программе работы ВОЗ, или проекта, организованного и координируемого ВОЗ. В первом случае речь идет о гранте, во втором случае – об услуге.

Конкретные меры политики и рабочие процедуры

9. Любой случай принятия ресурсов от неправительственной организации рассматривается в соответствии с положениями настоящего механизма и соответствующими иными правилами, такими как Положения о персонале и Правила о персонале, Положения о финансах и Финансовые правила, а также политика ВОЗ, регулирующая систему закупок.

10. По соображениям прозрачности, взносы и дотации со стороны неправительственных организаций должны публично признаваться ВОЗ в соответствии с ее политикой и практикой.

11. Такое признание обычно составляется в следующей формулировке: «Всемирная организация здравоохранения с признательностью принимает финансовый взнос неправительственной организации в целях [описание конечного результата или деятельности]».

12. Взносы, полученные от неправительственных организаций, перечисляются в финансовом отчете и проверенной аудиторами финансовой отчетности ВОЗ, а также на странице веб-портала программного бюджета и в реестре негосударственных структур ВОЗ.

13. Неправительственные организации не должны ссылаться на тот факт, что они сделали взнос, в своих материалах, используемых в коммерческих, маркетинговых и рекламных целях. Вместе с тем, они могут сослаться на этот взнос в своих ежегодных отчетах или аналогичных документах. Кроме того, они могут сделать ссылку на этот взнос на своих веб-сайтах и в специальных публикациях, которые не носят рекламный характер, если их содержание и контекст будут согласованы с ВОЗ.

ФАКТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

14. Неправительственные организации могут предоставлять своевременно информацию и передавать знания по техническим вопросам, а также обмениваться в соответствующих случаях своим опытом с ВОЗ при условии соблюдения положений данного всеобъемлющего механизма и данной конкретной политики и рабочих процедур, а также других применимых правил, принципов и процедур ВОЗ. Информация о таком вкладе должна быть – в соответствующих случаях, когда это возможно, – в открытом доступе. Полученные научные данные должны быть в открытом доступе.

ИНФОРМАЦИОННО-РАЗЪЯСНИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

15. ВОЗ сотрудничает с неправительственными организациями по вопросам информационно-разъяснительной работы в интересах здравоохранения и повышения осведомленности в вопросах здоровья; изменения моделей поведения в интересах здоровья населения; а также укрепления сотрудничества и согласованности в работе между негосударственными структурами, когда требуются совместные действия.

16. ВОЗ поощряет функции независимого мониторинга и в этой связи сотрудничает с неправительственными организациями, работающими в этой области. Неправительственным организациям предлагается распространять политику, руководящие принципы, нормы и стандарты, а также другие инструменты ВОЗ по своим сетям в целях расширения собственной деятельности ВОЗ.

ТЕХНИЧЕСКОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

17. Секретариату предлагается налаживать техническое сотрудничество с неправительственными организациями при условии, что это соответствует интересам Организации и регулируется в соответствии с данным механизмом взаимодействия с негосударственными структурами.

ПРОЕКТ ПОЛИТИКИ И РАБОЧИХ ПРОЦЕДУР ВОЗ ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ С ОРГАНИЗАЦИЯМИ ЧАСТНОГО СЕКТОРА

1. Организации частного сектора являются ключевыми партнерами в области глобального здравоохранения в качестве поставщиков (как в рамках сектора здравоохранения, так и за его пределами) товаров и услуг, которые могут оказать важное воздействие на здоровье. В этой связи ВОЗ взаимодействует с этой группой ключевых партнеров в области глобального здравоохранения как с целью увеличить их позитивный вклад и ограничить их негативное влияние на здоровье, так и с целью заручиться их поддержкой в целях выполнения миссии, возложенной на ВОЗ.

И

[Эта политика применима к фирмам частного сектора, международным коммерческим ассоциациям, академическим учреждениям и благотворительным фондам, не поддерживающим официальные отношения с частным сектором, и другими некоммерческими организациями, которые не относятся к категории НПО в соответствии с данным всеобъемлющим механизмом взаимодействия с негосударственными структурами.]

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: СОХРАНИТЬ ПЕРВЫЙ АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ВАРИАНТ

2. Данная политика регламентирует конкретно взаимодействие ВОЗ с организациями частного сектора по типам взаимодействия¹. Общие положения механизма взаимодействия применимы также ко всем видам взаимодействия с организациями частного сектора.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: СОХРАНИТЬ ТЕКСТ

3. [Взаимодействуя с организациями частного сектора, ВОЗ будет стремиться работать с ними на нейтральной с точки зрения конкуренции основе.] **ИЛИ ИСКЛЮЧИТЬ**

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: СОХРАНИТЬ ТЕКСТ

¹ См. пять типов взаимодействия в пунктах 15–21 всеобъемлющего механизма взаимодействия.

УЧАСТИЕ

Участие организаций частного сектора в совещаниях ВОЗ¹

4. ВОЗ может приглашать организации частного сектора для участия в консультациях, слушаниях или иных совещаниях в соответствии с пунктом 16 всеобъемлющего механизма. Консультации и слушания могут проводиться с помощью электронных средств или в форме личного участия.

5. Участие в других совещаниях осуществляется на основе обсуждения того или иного вопроса, который представляет для данной организации частного сектора особый интерес, если такое участие позволит повысить результативность данного совещания. Такое участие может также осуществляться в форме обмена информацией и мнениями, но ни в коем случае не для разработки того или иного консультативного заключения.

5bis Характер участия организаций частного сектора зависит от типа соответствующего совещания. Формат, условия и участие организаций частного сектора в консультациях, слушаниях и иных совещаниях определяется в каждом конкретном случае руководящими органами ВОЗ или Секретариатом. Во всех случаях, когда это возможно, информация об участии и материалах, полученных от организаций частного сектора, должны быть в открытом доступе. Организации частного сектора не принимают участия в каком бы то ни было процессе принятия решений на уровне Организации.

Участие Секретариата в совещаниях, организованных организациями частного сектора

6. Сотрудники ВОЗ могут участвовать в совещаниях, организованных той или иной организацией частного сектора, если сохраняется безупречность, независимость и репутация Организации, и если такое участие позволяет содействовать достижению целей ВОЗ, закрепленных в Общей программе работы. Организация частного сектора не должна представлять участие ВОЗ в ложном свете в качестве официальной поддержки или одобрения данного совещания и соглашается не использовать участие ВОЗ в коммерческих и/или рекламных целях.

Конкретная политика и рабочие процедуры

7. Участие сотрудников ВОЗ в совещаниях организаций частного сектора в качестве участников дискуссии, выступающих или действующих в ином качестве, регламентируется положениями данного механизма взаимодействия и данной конкретной политикой.

8. ВОЗ не финансирует на совместной основе совещания, организованные полностью или частично организациями частного сектора. Вместе с тем, ВОЗ может

¹ За исключением сессий руководящих органов, которые регламентируются политикой управления взаимодействием.

финансировать на совместной основе то или иное совещание, для которого инициаторы из научных кругов наняли коммерческого организатора конференций для решения вопросов, связанных с аспектами материально–технического обеспечения, при условии, что такой коммерческий организатор не вносит своего вклада в научное содержание данного совещания.

9. ВОЗ не финансирует на совместной основе совещания, которые организованы другими сторонами и которые финансируются на совместной основе одной или несколькими организациями частного сектора, имеющими отношение к здравоохранению. Иные случаи совместного финансирования совещаний, которые организованы другими сторонами и которые финансируются на совместной основе одной или несколькими организациями частного сектора, не имеющими отношения к здравоохранению, должны рассматриваться на индивидуальной основе и должны соответствовать положениям данного механизма.

10. Организация коммерческих выставок в помещениях ВОЗ и на совещаниях ВОЗ не допускается.

11. ВОЗ не финансирует на совместной основе коммерческие выставки как в рамках совещаний, организованных организациями частного сектора, так и в рамках совещаний, организованных другими участниками.

РЕСУРСЫ

12. Уровень риска, связанного с согласием принять ресурсы от организаций частного сектора, зависит от области деятельности данной организации частного сектора, мероприятия ВОЗ, для которого используются данные ресурсы, и условий взносов.

(a) Денежные средства могут приниматься от тех организаций частного сектора, работа которых не связана с работой ВОЗ, при условии, что они не участвуют ни в какой деятельности [или не являются филиалом любого субъекта], которая была бы несовместима с мандатом и работой ВОЗ.

(b) Денежные средства не могут запрашиваться у организаций частного сектора или приниматься от таких организаций, которые сами или через свои аффилированные компании преследуют прямые коммерческие интересы, связанные с результатами проекта, в который они намерены внести взнос, если только это не будет утверждено в соответствии с положениями, регулирующими клинические испытания или разработку продукции (см. пункт 38, ниже).

(c) Следует принимать меры предосторожности в случае принятия финансовых средств от организаций частного сектора, у которых есть хотя бы косвенная заинтересованность в результатах данного проекта (то есть мероприятие относится к кругу интересов данных организаций при отсутствии конфликта интересов, указанного выше). В таком случае следует предложить другим коммерческим предприятиям, имеющим аналогичную косвенную заинтересованность, внести взнос и четко изложить причины, если это окажется

невозможным. Чем больше доля взноса из одного источника, тем большие меры предосторожности следует предпринимать для предотвращения возможности конфликта интересов или возникновения неправомерной связи с одним донором.

[(d) ВОЗ не получает финансовые средства от организаций частного сектора, а также от негосударственных структур, поддерживающих связи с организациями частного сектора, деятельность которых [или информационно–пропагандистская работа] противоречит мандату ВОЗ, как он закреплен в ее Уставе]/ ОБСУДИТЬ ВМЕСТЕ С ПУНКТОМ 44

[(e) ВОЗ следует установить максимальную предельную сумму добровольных взносов со стороны негосударственных структур. Любой взнос, размер которого превышает указанную выше сумму, должен перечисляться в фонд взносов на основную деятельность, который предусматривает достаточную свободу действий, позволяющую Секретариату выделять средства на программы, не обеспеченные достаточными финансовыми ресурсами в виде добровольных взносов]/ ИЛИ ПЕРЕНЕСТИ В ПУНКТ 18ter всеобъемлющего механизма/ ИСКЛЮЧИТЬ.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ a): Денежные средства могут приниматься от тех организаций частного сектора, работа которых не связана с работой ВОЗ, при условии, что они не участвуют ни в какой деятельности и не поддерживают тесных связей ни с каким субъектом, который был бы несовместим с мандатом и работой ВОЗ.

ИСКЛЮЧИТЬ (d) И (e)

13. Финансовые взносы и взносы натурой в программы ВОЗ от организаций частного сектора приемлемы только при соблюдении следующих условий:

(a) данный взнос не используется для целей нормативной работы;

(b) если взнос используется для иной деятельности (за исключением нормативной работы), в которой данная организация частного сектора могла бы иметь свой коммерческий интерес, в этом случае преимущества такого взаимодействия для общественного здравоохранения должны явно превосходить потенциальные риски;

(c) доля финансирования той или иной деятельности, поступающего со стороны частного сектора, не должна ставить дальнейшую работу по данной программе в зависимость от этой поддержки;

(d) принятие взноса не означает, что ВОЗ поддерживает данную организацию частного сектора, ее деятельность, продукцию или услуги;

(e) донор не может использовать результаты работы ВОЗ для коммерческих целей или ссылаться на сделанный им взнос в своих рекламных материалах;

(f) принятие взноса не означает предоставление донору какой бы то ни было привилегии или преимущества;

(g) принятие взноса не означает предоставление донору какой бы то ни было возможности консультирования, оказания влияния, участия или руководства управлением или осуществлением оперативной деятельности;

(h) ВОЗ сохраняет за собой право отклонить по своему усмотрению тот или иной взнос без каких-либо дополнительных разъяснений.

14. [Генеральный директор может учреждать механизмы объединения взносов из различных источников, если эти механизмы будут разработаны таким образом, что они не допускают никакого очевидного влияния со стороны донора на работу ВОЗ; если механизм открыт для участия всех заинтересованных доноров; и если этот механизм действует с соблюдением условий, указанных в пункте 12 выше, и обеспечивается надлежащая прозрачность с помощью реестра негосударственных структур ВОЗ и веб-портала программного бюджета.]

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: СОХРАНИТЬ ТЕКСТ

Конкретная политика и рабочие процедуры

15. Любой случай принятия вклада в виде финансового взноса, сотрудников или натурой от организаций частного сектора регламентируется в соответствии с настоящим механизмом и на основе подписанного соглашения.

СОХРАНИТЬ ТЕКСТ; ДОБАВИТЬ СНОСКУ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К СОТРУДНИКАМ: Прикомандирование сотрудников допускается только для работы на краткосрочных контрактах, которые не предусматривают нормативную работу, и если потенциальные риски регулируются в соответствии с настоящим механизмом.

16. По соображениям прозрачности взносы от организаций частного сектора должны публично признаваться ВОЗ в соответствии с ее политикой и практикой.

17. Такое признание обычно составляется в следующей формулировке: «Всемирная организация здравоохранения с признательностью принимает финансовый взнос [организации частного сектора] в целях [описание конечного результата или деятельности]».

18. Взносы, полученные от организаций частного сектора, перечисляются в финансовом отчете и проверенной аудитором финансовой отчетности ВОЗ, а также на странице веб-портала программного бюджета и в реестре негосударственных структур.

[18bis. Любое пожертвование, полученное ВОЗ, возвращается донору, если впоследствии будет установлено, что оно не соответствует положениям данного механизма.]

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: ИСКЛЮЧИТЬ, ПОСКОЛЬКУ ЭТО ОХВАТЫВАЕТСЯ ПУНКТОМ 69 ВСЕОБЪЕМЛЮЩЕГО МЕХАНИЗМА

19. Организации частного сектора не должны использовать [логотип ВОЗ] / [[такие] результаты работы ВОЗ в коммерческих целях] и не должны ссылаться на тот факт, что они сделали взнос, в своих рекламных материалах. Вместе с тем, они могут сослаться на этот взнос в своих корпоративных ежегодных отчетах или аналогичных документах. Кроме того, они могут сослаться на этот взнос в порядке обеспечения прозрачности на своих веб-сайтах, на специальных страницах нерекламного характера или на страницах своего веб-сайта, посвященных корпоративной ответственности в связи с продукцией и в аналогичных публикациях при условии, что содержание и контекст будут согласованы с ВОЗ.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ, статья 19 alt: Организации частного сектора не должны использовать результаты работы ВОЗ, на которую они внесли свой взнос, в коммерческих целях и не должны ссылаться на тот факт, что они сделали этот взнос, в своих рекламных материалах. Вместе с тем, они могут сослаться на этот взнос в своих корпоративных ежегодных отчетах или аналогичных документах. Кроме того, они могут сослаться на этот взнос в порядке обеспечения прозрачности на своих веб-сайтах, на специальных страницах нерекламного характера или на страницах своего веб-сайта, посвященных корпоративной ответственности в связи с продукцией и в аналогичных публикациях при условии, что содержание и контекст будут согласованы с ВОЗ.

ЗАМЕЧАНИЕ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАЗВАНИЯ И ЛОГОТИПА РЕГУЛИРУЕТСЯ ПУНКТОМ 45 ВСЕОБЪЕМЛЮЩЕГО МЕХАНИЗМА*Пожертвование лекарственных средств и других технологий здравоохранения¹*

20. При определении приемлемости крупномасштабных пожертвований лекарственных средств и другой продукции медицинского назначения должны удовлетворяться следующие критерии.

(а) Наличие достоверных данных о безопасности и эффективности продукта в указании цели, для которой он предоставляется. Продукт утвержден или иным образом одобрен страной–получателем для использования в соответствии с данным указанием; желательно, чтобы он также был включен в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств для указанной цели.

¹ Такие пожертвования должны соответствовать межведомственным руководящим принципам: Всемирная организация здравоохранения, Экуменическая фармацевтическая сеть, Международная фармацевтическая федерация, Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Международные партнеры в области здравоохранения, Партнерство за качество медицинской продукции, предоставляемой безвозмездно, и другие организации. Руководящие принципы безвозмездного предоставления лекарственных средств – пересмотренный вариант от 2010 года. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 г.

(b) Были определены объективные и обоснованные критерии отбора стран, общин или пациентов, которые их получают. При чрезвычайных обстоятельствах может понадобиться проявление определенной гибкости подхода.

(c) Создана соответствующая система поставок и продуманы средства предупреждения расточительного использования, хищения или неправильного употребления (включая утечку в систему сбыта).

(d) Существует программа профессиональной подготовки и надзора для всех сотрудников, участвующих в обеспечении эффективной системы поставок, хранения и распределения во всех звеньях цепочки от донора до конечного потребителя.

(e) Пожертвование лекарственных средств и другой продукции медицинского назначения осуществляется не в рекламных целях, как с точки зрения самой компании, так и с точки зрения создания спроса на данную продукцию, который не носит устойчивого характера по завершении пожертвования.

(f) ВОЗ не принимает продукцию в конце срока ее хранения.

(g) Со странами–получателями был согласован поэтапный план осуществления пожертвования.

(h) С участием компании–донора была создана система мониторинга побочных реакций на продукт.

21. Стоимость пожертвованных лекарственных средств и другой продукции медицинского назначения определяется и официально фиксируется в проверенной аудиторами отчетности и реестре негосударственных структур ВОЗ путем проведения консультаций с департаментом, ответственным за финансовые вопросы в ВОЗ.

Финансовые взносы для проведения клинических испытаний

22. За исключением случаев, предусмотренных в пункте 38 ниже в отношении разработки продукции, финансовые взносы коммерческого предприятия для проведения клинического испытания, организованного ВОЗ в связи с запатентованным продуктом данной компании, рассматриваются в каждом конкретном случае и всегда являются предметом решения Группы по координации взаимодействия. В этой связи следует обеспечить, чтобы:

(a) деятельность, связанная с научными исследованиями и разработками, была важна для общественного здравоохранения;

(b) исследование проводилось по запросу ВОЗ, а потенциальные конфликты интересов регулировались должным образом;

(c) ВОЗ принимала такие финансовые взносы только в том случае, если исследование не будет проведено без участия ВОЗ, или если участие

ВОЗ необходимо для проведения таких исследований в соответствии с принятыми на международном уровне техническими и этическими нормами и руководящими принципами.

23. В случае выполнения вышеупомянутых требований финансовый взнос может быть принят от компании, у которой есть непосредственная коммерческая заинтересованность в соответствующем испытании, при условии что в этом случае задействованы надлежащие механизмы, позволяющие ВОЗ контролировать проведение и распространение результатов испытаний, в том числе содержание любой итоговой публикации, и что результаты испытаний не подвергаются какому-либо неправомерному или предполагаемому влиянию со стороны соответствующей компании.

Взносы для проведения совещаний ВОЗ

24. В случае совещаний, созываемых ВОЗ, взнос от организации частного сектора не может быть принят, если он предназначен для финансирования участия конкретных приглашенных лиц (включая командировочные и расходы на проживание таких приглашенных лиц), независимо от того, предоставляется ли такой взнос непосредственно участникам или проводится через ВОЗ.

25. Взносы могут приниматься для покрытия общих расходов на совещание.

26. Оплата приемов и аналогичных мероприятий ВОЗ организациями частного сектора не допускается.

Взносы для обеспечения участия сотрудников ВОЗ во внешних совещаниях

27. Внешним считается совещание, которое проводится какой-либо из сторон, помимо ВОЗ. Поддержка со стороны организаций частного сектора на покрытие командировочных расходов сотрудников ВОЗ для участия во внешних совещаниях или конференциях может подпадать под две категории:

(a) совещания, проводимые организацией частного сектора, которая оплачивает командировочные расходы: финансирование командировочных расходов может быть принято в соответствии с правилами ВОЗ, если данная организация частного сектора оказывает также поддержку для покрытия командировочных и дополнительных расходов иных участников совещания, и при условии проведения оценки и урегулирования конфликта интересов;

(b) совещания, проводимые третьей стороной (т.е. иной стороной, помимо организации частного сектора, предлагающей оплатить командировочные расходы): финансирование командировочных расходов со стороны организации частного сектора не принимается.

Взносы на публикации

28. Денежные средства могут приниматься от организаций частного сектора на покрытие типографских расходов в связи с публикациями ВОЗ, если отсутствует конфликт интересов. Размещение коммерческих рекламных объявлений в публикациях ВОЗ не допускается.

Взносы на финансирование окладов сотрудников

29. [Денежные средства, предназначенные для финансирования окладов конкретных сотрудников или должностей (включая консультантов на краткосрочных контрактах), от организаций частного сектора не принимаются] [КОНЕЦ ПРЕДЛОЖЕНИЯ],

[если они могут стать причиной реального или предполагаемого конфликта интересов в связи с работой ВОЗ.]

(ИСКЛЮЧИТЬ)

ИЛИ

(ИСКЛЮЧИТЬ ПУНКТ)

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: ИСКЛЮЧИТЬ ПУНКТ

Возмещение затрат

30. Если существует схема оценки ВОЗ (т.е. в тех случаях, когда определенные продукты, процессы или услуги оцениваются в соответствии с официальными руководящими указаниями ВОЗ), Организация может взимать с организаций частного сектора оплату за такие услуги на основе возмещения затрат. Целью схем оценки ВОЗ во всех случаях является предоставление консультаций по вопросам закупок для правительств и/или международных организаций. Такая оценка не означает одобрение данных продуктов, процессов или услуг со стороны ВОЗ.

ФАКТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

31. Организации частного сектора могут предоставлять своевременно информацию и передавать знания по техническим вопросам, а также обмениваться в соответствующих случаях своим опытом с ВОЗ при условии соблюдения положений данного всеобъемлющего механизма и данной конкретной политики и рабочих процедур, а также других применимых правил, принципов и процедур ВОЗ. Информация о таком вкладе должна быть – в соответствующих случаях, когда это возможно, – в открытом доступе. Полученные научные данные должны быть в открытом доступе.

[31bis. Если сбор информации производится с в порядке подготовки к разработке норм и стандартов, то организации частного сектора могут привлекаться к этой работе в форме слушаний.] / (ИСКЛЮЧИТЬ)

32. Отдельные лица, работающие в заинтересованных организациях частного сектора, не допускаются к участию в группах экспертов; вместе с тем, группы экспертов должны иметь (если это применимо) возможность проводить слушания с такими лицами в целях оценки их знаний.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: СОХРАНИТЬ ТЕКСТ

ИНФОРМАЦИОННО–РАЗЪЯСНИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

33. ВОЗ поощряет организации частного сектора к внедрению и содействию внедрению норм и стандартов ВОЗ. ВОЗ налаживает диалог с организациями частного сектора в целях содействия внедрению политики, норм и стандартов ВОЗ.

34. Организации частного сектора могут сотрудничать с ВОЗ в ходе информационно–разъяснительной работы в интересах внедрения норм и стандартов ВОЗ в том случае, если они берут на себя обязательство внедрять такие нормы и стандарты в полном объеме. Не допускается частичное или выборочное внедрение норм. [ПРИ УСЛОВИИ ДОГОВОРЕННОСТИ ПО КОНКРЕТНЫМ ПУНКТАМ В ЧЕТЫРЕХ РАЗДЕЛАХ КОНКРЕТНОЙ ПОЛИТИКИ]

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: СОХРАНИТЬ ТЕКСТ ТОЛЬКО В ДАННОМ РАЗДЕЛЕ ПОЛИТИКИ

35. Международные коммерческие ассоциации поощряются к работе со своими членами в целях повышения степени воздействия их работы на общественное здравоохранение и внедрения политики, норм и стандартов ВОЗ.

ТЕХНИЧЕСКОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

36. Техническое сотрудничество с частным сектором поощряется в тех случаях, когда существует система управления потенциальными рисками, связанными с взаимодействием, или смягчения их последствий, при условии обеспечения защиты нормативной работы ВОЗ от любого неправомерного влияния и отсутствия вмешательства в консультативную функцию ВОЗ по отношению к государствам–членам.

ИЛИ

[Техническое сотрудничество с частным сектором поощряется в тех случаях, когда это отвечает интересам Организации и регулируется в соответствии с данным механизмом взаимодействия с негосударственными структурами.] [и [в частности] при условии обеспечения защиты нормативной работы ВОЗ от любого неправомерного влияния и отсутствия вмешательства в консультативную функцию ВОЗ по отношению к государствам–членам.]

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ, 36 alt: Техническое сотрудничество с частным сектором поощряется в тех случаях, когда это отвечает интересам Организации и регулируется в соответствии с данным механизмом взаимодействия и, в частности, при условии обеспечения защиты нормативной работы ВОЗ от любого неправомерного влияния и отсутствия вмешательства в консультативную функцию ВОЗ по отношению к государствам—членам.]

Конкретная политика и рабочие процедуры

37. Если ВОЗ разработала официальные спецификации на соответствующий продукт, она может предоставлять изготовителям технические консультации в целях разработки их продукции в соответствии с этими спецификациями, при условии, что всем организациям частного сектора, которые, как известно, заинтересованы в таком продукте, будет предоставлена возможность сотрудничать с ВОЗ аналогичным образом.

Разработка продукции

38. ВОЗ сотрудничает с организациями частного сектора в ходе разработки технологий здравоохранения либо посредством проведения научных исследований и разработок продукции, оказания поддержки в передаче и лицензировании технологии, либо посредством предоставления таким предприятиям лицензии на интеллектуальную собственность. Совместные научные исследования и разработки, передача технологии и лицензирование должны, как правило, осуществляться только в тех случаях, когда ВОЗ и соответствующая организация заключили утвержденное Бюро юрисконсульта соглашение, предусматривающее, что конечный продукт будет в конечном итоге в широком доступе [и] [,] в наличии [и по доступной цене,] (ИСКЛЮЧИТЬ) в том числе [для—общественности] в странах с низким и средним уровнем доходов [но преференциальной цене] (ИСКЛЮЧИТЬ). В случае заключения такого соглашения может быть принято финансирование от организаций частного сектора для проведения клинического испытания, организованного ВОЗ для данного продукта, поскольку договорные обязательства, взятые на себя данной организацией в общественных интересах, перевешивают любой потенциальный конфликт интересов в случае принятия финансового взноса. Эти взносы следует отличать от взносов, принимаемых на цели проведения клинических испытаний, организуемых ВОЗ для запатентованного продукта, как указано в пункте 23.

ИЛИ

[АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ФОРМУЛИРОВКА НА БОЛЕЕ ВЫСОКОМ УРОВНЕ]

ИЛИ

[ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ]

38alt. ВОЗ сотрудничает с организациями частного сектора в ходе разработки технологий здравоохранения либо посредством проведения научных исследований и разработок продукции, оказания поддержки в передаче и лицензировании технологии, либо посредством предоставления таким предприятиям лицензии на интеллектуальную

собственность на основе соответствующего соглашения, утвержденного Бюро юрисконсульта. Такое сотрудничество должно способствовать расширению доступа к качественной, безопасной, эффективной и приемлемой по цене медицинской продукции. В случае заключения такого соглашения может быть принято финансирование от организаций частного сектора для проведения клинического испытания, организованного ВОЗ для данного продукта, поскольку договорные обязательства, взятые на себя данной организацией в общественных интересах, перевешивают любой потенциальный конфликт интересов в случае принятия финансового взноса. Эти взносы следует отличать от взносов, принимаемых на цели проведения клинических испытаний, организуемых ВОЗ для запатентованного продукта, как указано в пункте 23.

(ЗАМЕЧАНИЕ ПО ПРЕДЛОЖЕНИЮ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ПО ДАННОМУ ПУНКТУ: ТЕКСТ “расширению доступа к качественной, безопасной, эффективной и приемлемой по цене медицинской продукции” СОДЕРЖИТСЯ В СОГЛАСОВАННЫХ ВЕДУЩИХ ПРИОРИТЕТАХ 12–ой ОБЩЕЙ ПРОГРАММЫ РАБОТЫ)

ПРОЕКТ ПОЛИТИКИ И РАБОЧИХ ПРОЦЕДУР ВОЗ ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ С БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫМИ ФОНДАМИ

1. Благотворительные фонды вносят существенный вклад в глобальное здравоохранение в целом и в работу ВОЗ в частности во многих областях, которые варьируются от инноваций в области создания потенциала до оказания услуг. В этой связи ВОЗ взаимодействует с этой группой ключевых участников в области глобального здравоохранения с целью заручиться их поддержкой в выполнении миссии ВОЗ.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: СОХРАНИТЬ ЭТОТ ПУНКТ

2. Данная политика конкретно регламентирует взаимодействие ВОЗ с благотворительными фондами по типам сотрудничества¹. Общие положения механизма применимы также ко всем видам взаимодействия с благотворительными фондами.

УЧАСТИЕ

Участие благотворительных фондов в совещаниях ВОЗ²

3. ВОЗ может приглашать благотворительные фонды к участию в консультациях, слушаниях или других совещаниях в соответствии с пунктом 16 данного всеобъемлющего механизма. Такие консультации и слушания могут проводиться с помощью электронных средств или в форме личного участия.

4. Участие в других совещаниях осуществляется на основе обсуждения того или иного вопроса, который представляет для данного благотворительного фонда особый интерес, если такое участие позволит повысить результативность данного совещания. Такое участие может также осуществляться в форме обмена информацией и мнениями, но ни в коем случае не для разработки того или иного консультативного заключения.

4bis. Характер участия благотворительных фондов зависит от типа соответствующего совещания. Формат, условия и участие благотворительных фондов в консультациях, слушаниях и иных совещаниях определяется в каждом конкретном случае руководящими органами ВОЗ или Секретариатом. Во всех случаях, когда это возможно, информация об участии и материалах, полученных от благотворительных фондов, должны быть в открытом доступе. Благотворительные фонды не принимают участия в каком бы то ни было процессе принятия решений на уровне Организации.

¹ См. пять типов взаимодействия в пунктах 15–21 всеобъемлющего механизма взаимодействия.

² За исключением сессий руководящих органов, которые регламентируются политикой управления взаимодействием.

Участие Секретариата в совещаниях, организованных благотворительными фондами

5. ВОЗ может организовывать совместные совещания или выступать на совместной основе спонсором совещаний, организованных благотворительными фондами, при условии сохранения безупречности, независимости и репутации Организации и в том случае, если это участие содействует достижению целей ВОЗ, закрепленных в Общей программе работы. Сотрудники ВОЗ могут участвовать в совещаниях, организованных благотворительными фондами, в соответствии с внутренними правилами процедуры Организации. Благотворительные фонды не должны представлять участие ВОЗ в ложном свете в качестве официальной поддержки или одобрения данного совещания и соглашается не использовать участие ВОЗ в рекламных целях.

Рабочие процедуры

6. Участие ВОЗ в совещаниях, организованных благотворительными фондами, в качестве одного из организаторов, спонсоров, участников дискуссии или выступающих регламентируется положениями данного механизма взаимодействия с негосударственными структурами.

РЕСУРСЫ

7. ВОЗ может принимать денежные средства, сотрудников и взносы натурой со стороны благотворительных фондов, если такие взносы соответствуют сфере действия Общей программы работы ВОЗ, не создают конфликта интересов, используются в соответствии с настоящим механизмом и соответствуют другим действующим положениям, правилам и политике ВОЗ.

СОХРАНИТЬ ТЕКСТ; ДОБАВИТЬ СНОСКУ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К СОТРУДНИКАМ: Прием сотрудников допускается только для работы на краткосрочных контрактах, которые не предусматривают нормативную работу, и если потенциальные риски регулируются в соответствии с настоящим механизмом.

8. Как и в случае любых доноров, благотворительные фонды должны согласовывать свои взносы с приоритетами, установленными Всемирной ассамблеей здравоохранения в утвержденном программном бюджете.

9. Благотворительным фондам предлагается принимать участие в диалоге по финансовым вопросам, целью которого является повышение уровня соответствия, прогнозируемости, гибкости и прозрачности финансирования ВОЗ и снижение уязвимости бюджета.

10. Программы и бюро ВОЗ должны иметь целью обеспечить такое положение, при котором они не будут зависеть от единственного источника финансирования.

11. Принятие взносов (в виде наличности или натурой) должно осуществляться с соблюдением следующих условий:

- (a) принятие взноса не означает одобрения благотворительного фонда со стороны ВОЗ;
- (b) принятие взноса не предоставляет донору никаких привилегий или преимуществ;
- (c) принятие взноса как такового не дает донору какой бы то ни было возможности для консультирования, оказания влияния, участия или руководства на уровне управления или осуществления оперативной деятельности;
- (d) ВОЗ сохраняет за собой право отклонить по своему усмотрению тот или иной взнос без каких-либо дополнительных разъяснений.

Конкретная политика и рабочие процедуры

12. Любой случай принятия ресурсов от благотворительного фонда рассматривается в соответствии с положениями настоящего механизма и соответствующими иными правилами, например такими, как Положения о персонале и Правила о персонале, Положения о финансах и Финансовые правила и политика ВОЗ в области регулирования закупок.

13. По соображениям прозрачности взносы от благотворительных фондов должны публично признаваться ВОЗ в соответствии с ее политикой и практикой.

14. Такое признание обычно составляется в следующей формулировке: «Всемирная организация здравоохранения с признательностью принимает финансовый взнос [благотворительного фонда] в целях [описание конечного результата или деятельности]».

15. Взносы, полученные от благотворительных фондов, перечисляются в финансовом отчете и проверенной аудиторами финансовой отчетности ВОЗ, а также на странице веб-портала программного бюджета и в реестре негосударственных структур ВОЗ.

16. Благотворительные фонды не должны ссылаться на тот факт, что они сделали взнос, в своих рекламных материалах. Вместе с тем, они могут сослаться на этот взнос в своих ежегодных отчетах или аналогичных документах. Кроме того, они могут сделать ссылку на этот взнос в порядке обеспечения прозрачности на своих веб-сайтах, на специальных страницах своих веб-сайтов нерекламного характера и в аналогичных публикациях при условии, что содержание и контекст будут согласованы с ВОЗ.

ФАКТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

17. Благотворительные фонды могут предоставлять своевременно информацию и передавать знания по техническим вопросам, а также обмениваться в соответствующих случаях своим опытом с ВОЗ при условии соблюдения положений данного всеобъемлющего механизма и данной конкретной политики и рабочих процедур, а также других применимых правил, принципов и процедур ВОЗ. Информация о таком

вкладе должна быть – в соответствующих случаях, когда это возможно, – в открытом доступе. Полученные научные данные должны быть в открытом доступе.

ИНФОРМАЦИОННО–РАЗЪЯСНИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

18. ВОЗ сотрудничает с благотворительными фондами по вопросам информационно–разъяснительной работы в интересах здравоохранения и повышения осведомленности в вопросах здоровья; изменения моделей поведения в интересах здоровья населения; а также укрепления сотрудничества и согласованности в работе между негосударственными структурами, когда требуются совместные действия. Благотворительные фонды призываются распространять политику, руководящие принципы, нормы и стандарты, а также иные инструменты ВОЗ по своим сетям в целях расширения собственной деятельности ВОЗ.

ТЕХНИЧЕСКОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

19. Секретариату предлагается налаживать техническое сотрудничество с благотворительными фондами при условии, что это соответствует интересам Организации и регламентируется в соответствии с данным механизмом взаимодействия с негосударственными структурами.

ПРОЕКТ ПОЛИТИКИ И РАБОЧИХ ПРОЦЕДУР ВОЗ ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ С АКАДЕМИЧЕСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ

1. Академические учреждения вносят свой вклад в глобальное здравоохранение посредством просвещения, научных исследований, клинической помощи и сбора, обобщения и анализа фактических данных. Поэтому ВОЗ взаимодействует с этой группой ключевых участников в области глобального здравоохранения с целью заручиться их поддержкой в выполнении миссии ВОЗ.

(ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: СОХРАНИТЬ ЭТОТ ПУНКТ)

2. Данная политика конкретно регламентирует взаимодействие ВОЗ с академическими учреждениями по типам сотрудничества¹. Общие положения механизма применимы и ко всем видам взаимодействия с академическими учреждениями.

3. Взаимодействие с академическими учреждениями на институциональном уровне следует отличать от сотрудничества с отдельными экспертами, работающими в академических учреждениях.

УЧАСТИЕ

Участие академических учреждений в совещаниях ВОЗ

4. ВОЗ может приглашать академические учреждения для участия в консультациях, слушаниях или иных совещаниях в соответствии с пунктом 16 всеобъемлющего механизма. Консультации и слушания могут проводиться с помощью электронных средств или в форме личного участия.

5. Участие в других совещаниях осуществляется на основе обсуждения того или иного вопроса, который представляет для данного академического учреждения особый интерес, если такое участие позволит повысить результативность данного совещания. Такой участие может также осуществляться в форме обмена информацией и мнениями, но ни в коем случае не для разработки того или иного консультативного заключения.

5bis. Характер участия академических учреждений зависит от типа соответствующего совещания. Формат, условия и участие академических учреждений в консультациях, слушаниях и иных совещаниях определяется в каждом конкретном случае руководящими органами ВОЗ или Секретариатом. Во всех случаях, когда это возможно, информация об участии и материалах, полученных от академических учреждений, должны быть в открытом доступе. Академические учреждения

¹ См. пять типов сотрудничества в пунктах 15–21 всеобъемлющего механизма взаимодействия.

не принимают участия в каком бы то ни было процессе принятия решений на уровне Организации.

Участие Секретариата в совещаниях, организованных академическими учреждениями

6. ВОЗ может организовывать совместные совещания или выступать на совместной основе спонсором совещаний, организованных академическими учреждениями, при условии сохранения безупречности, независимости и репутации Организации и в том случае, если это участие содействует достижению целей ВОЗ, закрепленных в Общей программе работы. Сотрудники ВОЗ могут участвовать в совещаниях, организованных академическими учреждениями, в соответствии с внутренними правилами процедуры Организации. Академическое учреждение не должно представлять участие ВОЗ в ложном свете в качестве официальной поддержки или одобрения данного совещания и соглашается не использовать участие ВОЗ в рекламных целях.

Рабочие процедуры

7. Участие ВОЗ в совещаниях, организованных академическими учреждениями, в качестве одного из организаторов, спонсоров, участников дискуссии или выступающих регламентируется положениями данного механизма взаимодействия с негосударственными структурами.

РЕСУРСЫ

8. ВОЗ может принимать денежные средства, сотрудников и взносы натурой от академических учреждений, если такие взносы соответствуют сфере действия Общей программы работы ВОЗ, не создают конфликта интересов, используются в соответствии с настоящим механизмом и соответствуют другим действующим положениям, правилам и политике ВОЗ.

СОХРАНИТЬ ТЕКСТ; ДОБАВИТЬ СНОСКУ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К СОТРУДНИКАМ: Прикомандирование сотрудников допускается только для работы на краткосрочных контрактах, которые не предусматривают нормативную работу, и если потенциальные риски регулируются в соответствии с настоящим механизмом.

9. ВОЗ может предоставлять ресурсы академическому учреждению для выполнения конкретной работы (такой, как научные исследования, клинические испытания, лабораторная работа и подготовка документа). Это может быть сделано для целей реализации проекта учреждения, который, по мнению ВОЗ, заслуживает поддержки и соответствует программе работы ВОЗ, или проекта, организованного и координируемого ВОЗ. В первом случае речь идет о гранте, во втором случае – об услуге.

Конкретная политика и рабочие процедуры

10. Любой случай принятия ресурсов от академического учреждения рассматривается в соответствии с положениями настоящего механизма и соответствующими иными правилами, например такими, как Положения о персонале и Правила о персонале, Положения о финансах и Финансовые правила, а также политика ВОЗ, регулирующая систему закупок.
11. По соображениям прозрачности взносы со стороны академических учреждений должны публично признаваться ВОЗ в соответствии с ее политикой и практикой.
12. Такое признание обычно составляется в следующей формулировке: «Всемирная организация здравоохранения с признательностью принимает финансовый взнос [академического учреждения] в целях [описание конечного результата или деятельности]».
13. Взносы, полученные от академических учреждений, перечисляются в финансовом отчете и проверенной аудиторами финансовой отчетности ВОЗ, а также на странице веб-портала программного бюджета и в реестре негосударственных структур ВОЗ.
14. Академические учреждения не должны использовать результаты работы ВОЗ в коммерческих целях и не могут ссылаться на тот факт, что они сделали взнос, в своих рекламных материалах. Вместе с тем, они могут сослаться на этот взнос в своих ежегодных отчетах или аналогичных документах. Кроме того, они могут сделать ссылку на этот взнос в порядке обеспечения прозрачности на своих веб-сайтах, на специальных страницах своих веб-сайтов нерекламного характера и в аналогичных публикациях при условии, что содержание и контекст будут согласованы с ВОЗ.

ФАКТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

15. Академические учреждения могут предоставлять своевременно информацию и передавать знания по техническим вопросам, а также обмениваться в соответствующих случаях своим опытом с ВОЗ при условии соблюдения положений данного всеобъемлющего механизма и данной конкретной политики и рабочих процедур, а также других применимых правил, принципов и процедур ВОЗ. Информация о таком вкладе должна быть – в соответствующих случаях, когда это возможно, – в открытом доступе. Полученные научные данные должны быть в открытом доступе.
16. Интеллектуальная собственность, возникающая в результате сотрудничества с академическими учреждениями, регулируется соглашением с данным академическим учреждением. Этот вопрос должен рассматриваться путем проведения консультаций с Бюро юрисконсульта.

ИНФОРМАЦИОННО-РАЗЪЯСНИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

17. ВОЗ сотрудничает с академическими учреждениями по вопросам информационно-разъяснительной работы в интересах здравоохранения и повышения

осведомленности в вопросах здоровья; изменения моделей поведения в интересах здоровья населения; а также укрепления сотрудничества и согласованности в работе между негосударственными структурами, когда требуются совместные действия. ВОЗ поощряет функции независимого мониторинга и в этой связи взаимодействует с академическими учреждениями, работающими в этой области. Академическим учреждениям предлагается распространять политику, руководящие принципы, нормы и стандарты, а также другие инструменты ВОЗ по своим сетям в целях расширения собственной деятельности ВОЗ.

ТЕХНИЧЕСКОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

18. Секретариату предлагается налаживать техническое сотрудничество с академическими учреждениями при условии, что это соответствует интересам Организации и регулируется в соответствии с данным механизмом взаимодействия с негосударственными структурами.

19. Научное сотрудничество регулируется Положениями об исследовательских и научных группах, сотрудничающих учреждениях и других механизмах сотрудничества¹.

20. Академические учреждения или их подразделения могут быть назначены в качестве сотрудничающих центров ВОЗ в соответствии с вышеуказанными Положениями. В этом контексте до предоставления статуса сотрудничающего центра ВОЗ проводится надлежащая проверка и оценка рисков в соответствии с данным механизмом. Сотрудничество с такими сотрудничающими центрами регулируется в соответствии с вышеупомянутыми положениями и отражается в реестре негосударственных структур.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г. –
Комитет А, шестой доклад)

WHA68.10 Финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за год, закончившийся 31 декабря 2014 г.

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за год, закончившийся 31 декабря 2014 г.²;

¹ *Основные документы*, 48-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 г., стр. 131–138 (англ. изд.).

² Документы A68/38 и A68/INF./1.

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

ПРИНИМАЕТ подготовленный Генеральным директором финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за год, закончившийся 31 декабря 2014 года.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г. –
Комитет А, шестой доклад)

WHA68.11 Состояние поступления обязательных взносов, включая вопрос о государствах–членах, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение Статьи 7 Устава

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклады о состоянии поступления обязательных взносов, включая вопрос о государствах–членах, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение Статьи 7 Устава, и специальные соглашения по погашению задолженности²;

отмечая, что на момент открытия Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения права голоса были временно лишены Центральноафриканская Республика, Коморские Острова, Гвинея–Бисау, Сомали и Украина и что такое временное лишение прав будет оставаться в силе до тех пор, пока задолженность этих государств–членов не сократится на текущей или будущих сессиях Ассамблеи здравоохранения ниже суммы, оправдывающей применение Статьи 7 Устава;

отмечая, что на момент открытия Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения Кабо–Верде, Камерун, Гвинея, Гаити, Кыргызстан, Тимор-Лешти и Йемен имели такую задолженность, что Ассамблее здравоохранения пришлось рассмотреть в соответствии со Статьей 7 Устава вопрос о том, не следует ли временно лишить эти страны права голоса – Кыргызстан с момента открытия Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, а остальные шесть государств–членов с момента открытия Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения,

¹ Документ A68/57.

² Документы A68/39 и A68/58.

ПОСТАНОВЛЯЕТ:

- (1) что в соответствии с принципами, изложенными в резолюции WHA41.7, если к моменту открытия Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения Кабо–Верде, Камерун, Гвинея, Гаити, Тимор–Лешти и Йемен все еще будут иметь такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение Статьи 7 Устава, они будут временно лишены права голоса с момента открытия указанной сессии; и, в соответствии с резолюцией WHA61.8, если к моменту открытия Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения Кыргызстан все еще будет иметь задолженность в выплате причитающихся с него взносов, он будет автоматически временно лишен права голоса;
- (2) что любое временное лишение права, которое вступит в силу, как это указано выше в пункте (1), будет продолжаться на Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения и последующих сессиях Ассамблеи здравоохранения до тех пор, пока задолженность Кабо–Верде, Камеруна, Гвинеи, Гаити, Кыргызстана, Тимор–Лешти и Йемена не сократится ниже суммы, оправдывающей применение Статьи 7 Устава;
- (3) что это решение нисколько не ущемляет права любого государства–члена обратиться с просьбой о восстановлении права голоса в соответствии со Статьей 7 Устава.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г. –
Комитет В, второй доклад)

WHA68.12 Шкала обязательных взносов на 2016–2017 гг.

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,
рассмотрев доклад о шкале обязательных взносов на 2016–2017 гг.¹,

ПРИНИМАЕТ шкалу обязательных взносов членов и ассоциированных членов на двухгодичный период 2016–2017 гг., приведенную ниже.

Государства–члены и ассоциированные члены	Шкала ВОЗ на 2016–2017 гг. %
Афганистан	0,0050
Албания	0,0100
Алжир	0,1370
Андорра	0,0080

¹ Документ A68/40.

Государства–члены и ассоциированные члены	Шкала ВОЗ на 2016–2017 гг. %
Ангола	0,0100
Антигуа и Барбуда	0,0020
Аргентина	0,4320
Армения	0,0070
Австралия	2,0741
Австрия	0,7981
Азербайджан	0,0400
Багамские Острова	0,0170
Бахрейн	0,0390
Бангладеш	0,0100
Барбадос	0,0080
Беларусь	0,0560
Бельгия	0,9981
Белиз	0,0010
Бенин	0,0030
Бутан	0,0010
Боливия (Многонациональное государство)	0,0090
Босния и Герцеговина	0,0170
Ботсвана	0,0170
Бразилия	2,9342
Бруней–Даруссалам	0,0260
Болгария	0,0470
Буркина–Фасо	0,0030
Бурунди	0,0010
Камбоджа	0,0040
Камерун	0,0120
Канада	2,9842
Кабо–Верде	0,0010
Центральноафриканская Республика	0,0010
Чад	0,0020
Чили	0,3340
Китай	5,1484
Колумбия	0,2590
Коморские Острова	0,0010
Конго	0,0050
Острова Кука	0,0010
Коста–Рика	0,0380

Государства–члены и ассоциированные члены	Шкала ВОЗ на 2016–2017 гг. %
Кот–д’Ивуар	0,0110
Хорватия	0,1260
Куба	0,0690
Кипр	0,0470
Чешская Республика	0,3860
Корейская Народно–Демократическая Республика	0,0060
Демократическая Республика Конго	0,0030
Дания	0,6750
Джибути	0,0010
Доминика	0,0010
Доминиканская Республика	0,0450
Эквадор	0,0440
Египет	0,1340
Сальвадор	0,0160
Экваториальная Гвинея	0,0100
Эритрея	0,0010
Эстония	0,0400
Эфиопия	0,0100
Фиджи	0,0030
Финляндия	0,5190
Франция	5,5935
Габон	0,0200
Гамбия	0,0010
Грузия	0,0070
Германия	7,1416
Гана	0,0140
Греция	0,6380
Гренада	0,0010
Гватемала	0,0270
Гвинея	0,0010
Гвинея–Бисау	0,0010
Гайана	0,0010
Гаити	0,0030
Гондурас	0,0080
Венгрия	0,2660
Исландия	0,0270

Государства–члены и ассоциированные члены	Шкала ВОЗ на 2016–2017 гг. %
Индия	0,6660
Индонезия	0,3460
Иран (Исламская Республика)	0,3560
Ирак	0,0680
Ирландия	0,4180
Израиль	0,3960
Италия	4,4483
Ямайка	0,0110
Япония	10,8338
Иордания	0,0220
Казахстан	0,1210
Кения	0,0130
Кирибати	0,0010
Кувейт	0,2730
Кыргызстан	0,0020
Лаосская Народно–Демократическая Республика	0,0020
Латвия	0,0470
Ливан	0,0420
Лесото	0,0010
Либерия	0,0010
Ливия	0,1420
Литва	0,0730
Люксембург	0,0810
Мадагаскар	0,0030
Малави	0,0020
Малайзия	0,2810
Мальдивские Острова	0,0010
Мали	0,0040
Мальта	0,0160
Маршалловы Острова	0,0010
Мавритания	0,0020
Маврикий	0,0130
Мексика	1,8421
Микронезия (Федеративные Штаты)	0,0010
Монако	0,0120
Монголия	0,0030
Черногория	0,0050

Государства–члены и ассоциированные члены	Шкала ВОЗ на 2016–2017 гг. %
Марокко	0,0620
Мозамбик	0,0030
Мьянма	0,0100
Намибия	0,0100
Науру	0,0010
Непал	0,0060
Нидерланды	1,6541
Новая Зеландия	0,2530
Никарагуа	0,0030
Нигер	0,0020
Нигерия	0,0900
Ниуэ	0,0010
Норвегия	0,8511
Оман	0,1020
Пакистан	0,0850
Палау	0,0010
Панама	0,0260
Папуа–Новая Гвинея	0,0040
Парагвай	0,0100
Перу	0,1170
Филиппины	0,1540
Польша	0,9211
Португалия	0,4740
Пуэрто–Рико	0,0010
Катар	0,2090
Республика Корея	1,9941
Республика Молдова	0,0030
Румыния	0,2260
Российская Федерация	2,4382
Руанда	0,0020
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	0,8641

Государства–члены и ассоциированные члены	Шкала ВОЗ на 2016–2017 гг. %
Сенегал	0,0060
Сербия	0,0400
Сейшельские Острова	0,0010
Сьерра–Леоне	0,0010
Сингапур	0,3840
Словакия	0,1710
Словения	0,1000
Соломоновы Острова	0,0010
Сомали	0,0010
Южная Африка	0,3720
Южный Судан	0,0040
Испания	2,9732
Шри–Ланка	0,0250
Судан	0,0100
Суринам	0,0040
Свазиленд	0,0030
Швеция	0,9601
Швейцария	1,0471
Сирийская Арабская Республика	0,0360
Таджикистан	0,0030
Таиланд	0,2390
Бывшая югославская Республика Македония	0,0080
Тимор–Лешти	0,0020
Того	0,0010
Токелау	0,0010
Тонга	0,0010
Тринидад и Тобаго	0,0440
Тунис	0,0360
Турция	1,3281
Туркменистан	0,0190
Тувалу	0,0010
Уганда	0,0060
Украина	0,0990
Объединенные Арабские Эмираты	0,5950
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	5,1794
Объединенная Республика Танзания	0,0090

Государства–члены и ассоциированные члены	Шкала ВОЗ на 2016–2017 гг. %
Соединенные Штаты Америки	22,0000
Уругвай	0,0520
Узбекистан	0,0150
Вануату	0,0010
Венесуэла (Боливарианская Республика)	0,6270
Вьетнам	0,0420
Йемен	0,0100
Замбия	0,0060
Зимбабве	0,0020
Итого	100,0000

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г. –
Комитет В, второй доклад)

WHA68.13 Отчет Внешнего ревизора

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев отчет Внешнего ревизора Ассамблее здравоохранения Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения¹;

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

ПРИНИМАЕТ доклад Внешнего ревизора Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г. –
Комитет В, второй доклад)

WHA68.14 Назначение Внешнего ревизора

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о назначении Внешнего ревизора¹,

¹ Документ A68/41.

² Документ A68/59.

ПОСТАНОВЛЯЕТ назначить Председателя Ревизионной комиссии Республики Филиппины в качестве Внешнего ревизора по счетам Всемирной организации здравоохранения на четырехлетний период с 2016 по 2019 год и поручить ему проводить ревизии в соответствии с принципами, изложенными в Положении XIV Положений о финансах, и в Приложении к Положениям о финансах, с учетом того, что в случае необходимости он может назначить своего представителя для исполнения обязанностей в его отсутствие.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г. –
Комитет В, второй доклад)

WHA68.15 Укрепление неотложной и основной хирургической помощи и анестезии в качестве компонента всеобщего охвата медико–санитарной помощью²

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад об укреплении неотложной и основной хирургической помощи и анестезии в качестве компонента всеобщего охвата медико–санитарной помощью³;

признавая, что ежегодно в мире выполняется более 234 миллионов хирургических процедур при самых различных широко распространенных заболеваниях, требующих оказания хирургической помощи, затрагивающих все возрастные группы, включая осложненные роды, врожденные пороки, катаракту, онкологические заболевания, диабет, острые абдоминальные состояния, ожоги и травмы бытового характера, в связи с несчастными случаями на производстве и дорожно–транспортными происшествиями, и что распространенность заболеваний, при которых хирургическое вмешательство является одним из основных способов лечения, как ожидается, будет возрастать в ближайшие годы;

отмечая, что многие заболевания, поддающиеся хирургическому лечению, относятся к числу 15 ведущих причин физической инвалидности в мире и что 11% бремени болезней в мире приходится на состояния, которые могут успешно излечиваться хирургическим путем, при этом в наибольшей степени эта проблема затрагивает страны с низким и средним уровнем доходов;

признавая, что в мире ежегодно получают травмы более 100 миллионов человек, что более пяти миллионов человек умирают в результате насилия и травматизма,

¹ Документ A68/43.

² Финансовые и административные последствия этой резолюции для Секретариата см. в Приложении 8.

³ Документ A68/31.

а также что 90% глобального бремени насилия и смертности в результате травматизма приходится на страны с низким и средним уровнем доходов;

отмечая, что более 289 000 женщин ежегодно умирают при родах и что в случае всеобщей доступности безопасной хирургической помощи и анестезии можно было бы избежать примерно четверть случаев материнской смерти, а также случаев смерти и инвалидности грудных детей в результате осложненных родов, кровотечений и инфекций;

отмечая также, что предоставление неотложной и основной хирургической помощи и анестезии на устойчивой основе является важнейшим элементом комплексной первичной медико–санитарной помощи, способствует снижению показателей смертности и инвалидности, сокращению числа случаев смерти от врожденных пороков и предупреждению других неблагоприятных последствий для здоровья, связанных с бременем травматизма и неинфекционных заболеваний;

отмечая далее высокую значимость неотложной и основной хирургической помощи и анестезии для достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем, и решения незавершенных задач в период после 2015 г., включая всеобщий охват медико–санитарной помощью;

признавая важное значение в рамках континуума медицинской помощи своевременного направления для оказания специализированной помощи и наличия стандартов и протоколов, таких как приводимые в руководстве ВОЗ по комплексному управлению оказанием неотложной и основной хирургической помощи, и напоминая, что резолюция WHA55.18 о качестве медико–санитарной помощи: безопасность пациентов призывает государства–члены создавать и укреплять научно обоснованные системы, необходимые для повышения безопасности больных и качества медико–санитарной помощи, включая мониторинг лекарственных средств, медицинского оборудования и технологии;

признавая, что неотложная и основная хирургическая помощь и анестезия являются действенным и эффективным с точки зрения затрат добавлением к основному пакету услуг здравоохранения, которому уделяется недостаточное внимание, и что укрепление потенциала в отношении неотложной и основной хирургической помощи, а также анестезии, особенно в лечебно–диагностических центрах первого уровня, является высокорентабельным решением проблемы борьбы с глобальным бременем болезней;

отмечая важное значение анальгезии в хирургии и анестезии, а также тот факт, что значительная часть населения мира имеет ограниченный доступ к опиоидным анальгетикам для облегчения боли, что пациенты с болевым синдромом умеренной и высокой интенсивности часто не получают необходимого им лечения; что 5500 миллионов человек (83% населения мира) проживают в странах с низким уровнем доступа к анальгетикам или при полном его отсутствии, что 250 миллионов (4%) имеют умеренный доступ; что 460 миллионов (7%) имеют адекватный доступ и что данные в отношении доступа к анальгетикам 430 миллионов человек (7%) являются недостаточными;

признавая, что в ряде стран были успешно введены в действие сбалансированные меры политики и нормативные положения, направленные на улучшение доступа к контролируемым лекарственным средствам, не допуская при этом их ненадлежащего использования;

подчеркивая необходимость того, чтобы государства–члены¹, при поддержке со стороны Секретариата, Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности и Международного комитета по контролю за наркотиками, обеспечивали, чтобы усилия, направленные на предупреждение утечки наркотических средств и психотропных веществ, находящихся под международным контролем в соответствии с конвенциями Организации Объединенных Наций по международному контролю за наркотиками, или злоупотребления ими, не приводили к возникновению ненадлежащих регулятивных барьеров для доступа к таким лекарственным средствам в медицинских целях²;

напоминая, что в резолюции WHA56.24 о выполнении рекомендаций, содержащихся в *Докладе о насилии и здоровье в мире*, Генеральному директору предлагается оказывать техническую поддержку для укрепления травматологических служб и служб по оказанию медико–санитарной помощи оставшимся в живых или жертвам насилия и что в резолюции WHA57.10 о дорожной безопасности и здоровье рекомендовано государствам–членам укреплять службы неотложной помощи и реабилитации для жертв дорожно–транспортных происшествий;

отмечая, что 15% населения мира имеют инвалидность, и напоминая, что резолюция WHA58.23 «Инвалидность, включая предупреждение, ведение и реабилитацию» призывает государства–члены содействовать своевременному принятию мер и предпринимать все необходимые шаги по сокращению факторов риска возникновения инвалидности, особенно у женщин, во время беременности и у детей, а также осуществлять на практике наиболее эффективные мероприятия по предотвращению инвалидности, включая, при необходимости, оказание своевременной и эффективной хирургической помощи;

осознавая важное значение укрепления систем здравоохранения для обеспечения доступа к высококачественной, безопасной, эффективной и приемлемой по цене неотложной и основной хирургической помощи и анестезии и напоминая резолюцию WHA60.22 о системе здравоохранения: системы неотложной медицинской помощи», в которой признавалось, что улучшение организации и планирования оказания травматологической и неотложной медицинской помощи, включая хирургическую помощь, является существенной частью оказания комплексной медико–санитарной помощи;

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

² См. резолюцию WHA67.19.

напоминая также резолюцию WHA64.6 об укреплении кадровых ресурсов здравоохранения с призывом к государствам–членам¹ приоритизировать в контексте глобальных экономических условий надлежащим образом расходов государственного сектора на здравоохранение, чтобы обеспечить наличие достаточных финансовых ресурсов для осуществления политики и стратегий в целях расширения масштабов и удержания трудовых ресурсов здравоохранения, особенно в развивающихся странах, и признания этого в качестве инвестиции в охрану здоровья населения, что способствует социальному и экономическому развитию, включая доступ к службам неотложной и основной хирургической помощи и анестезии;

напоминая далее резолюцию WHA66.10 о последующих мерах в контексте Политической декларации Сопредседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, которая призывает к действиям, направленным на профилактику сердечно–сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний, диабета и хронических респираторных заболеваний и борьбу с ними, и отмечая важную роль хирургической помощи для диагностики, лечения и полного выздоровления в отношении значительной части этих заболеваний;

осознавая важное значение доступа к эффективным противомикробным препаратам и их ответственного использования для обеспечения безопасности хирургии и напоминая резолюцию WHA67.25 об устойчивости к противомикробным препаратам, которая призывает государства–члены к неотложным действиям для борьбы с устойчивостью к противомикробным препаратам;

напоминая резолюцию WHA67.19 об укреплении паллиативной помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла, которая призывает государства–члены предпринимать совместные усилия для обеспечения адекватного запаса основных лекарственных средств и предлагает Генеральному директору изыскивать возможные пути расширения наличия и доступности лекарственных средств, используемых для оказания паллиативной помощи, путем консультаций с государствами–членами, соответствующими сетями и гражданским обществом, а также с другими международными заинтересованными сторонами, в соответствующих случаях;

отмечая работу, проведенную Глобальной инициативой ВОЗ по неотложной и основной хирургической помощи в рамках программы ВОЗ по неотложной и основной хирургической помощи, деятельности Всемирного альянса за безопасность пациентов и второй глобальной задачи Альянса в области безопасности пациентов: безопасная хирургия спасает жизни;

выражая обеспокоенность тем, что неадекватный объем инвестиций в инфраструктуру систем здравоохранения, неадекватный уровень подготовки хирургических кадров и отсутствие стабильных поставок хирургического оборудования и необходимых материалов во многих странах тормозят прогресс в

¹ И, в соответствующих случаях, региональным организациям экономической интеграции.

улучшении системы предоставления неотложной и основной хирургической помощи и анестезии;

признавая, что надлежащие, целенаправленные и надежные меры безопасной неотложной и основной хирургической помощи и анестезии необходимы для оценки и мониторинга, а также для обеспечения политической и общественной поддержки;

признавая, что многие страны не имеют возможности обеспечить достижение уровня 2,28 квалифицированных работника здравоохранения на 1000 населения и что многие хирургические процедуры, включая простое наложение швов, эпизиотомию и дренирование абсцессов, могут успешно выполняться другими квалифицированными работниками здравоохранения путем разделения функций на уровне района или подрайона¹;

принимая во внимание, что необходимы дополнительные усилия на глобальном уровне для укрепления систем предоставления неотложной и основной хирургической помощи и анестезии в целях обеспечения своевременного и эффективного оказания такой помощи тем, кто в ней нуждается, в общем контексте системы здравоохранения, а также соответствующих инициатив по охране и укреплению здоровья;

1. ПРИЗЫВАЕТ государства–члены²:

(1) определять и устанавливать приоритетность базового набора услуг неотложной и основной хирургической помощи и анестезии в рамках первичной медико–санитарной помощи и лечебно–диагностических центров первого уровня и разрабатывать методы и системы финансирования, для того чтобы высококачественные, безопасные, эффективные и приемлемые по цене услуги неотложной и основной хирургической помощи и анестезии были доступны для всех, кто в них нуждается, включая оказание содействия в своевременном направлении для оказания специализированной помощи и более эффективном использовании медицинских кадров путем разделения функций, в соответствующих случаях, в рамках системы комплексной хирургической помощи в целях обеспечения всеобщего охвата медико–санитарной помощью;

(2) обеспечить интеграцию неотложной и основной хирургической помощи и анестезии в рамках учреждений первичной медико–санитарной помощи и лечебно–диагностических центров первого уровня и укреплять потенциал в области неотложной и основной хирургической помощи и анестезии в качестве компонентов всеобщего охвата медико–санитарной помощью;

(3) оказывать содействие в предоставлении неотложной и основной хирургической помощи и анестезии и обеспечивать ведущую роль министерств здравоохранения в пересмотре и укреплении предоставления такой помощи,

¹ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г. Совместная работа на благо здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2006 г.

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

а также наличие механизмов межсекторальной координации, в том числе между всеми провайдерами медико–санитарной помощи для такого пересмотра и укрепления;

(4) расширять доступ к основным лекарственным средствам, включая контролируемые лекарственные средства, антибиотики, медицинские приборы и средства диагностики, применяемые в анестезиологии и хирургии, обеспечивая их высокое качество, безопасность, эффективность, приемлемость по цене, а также ответственное и надлежащее использование в соответствии с рекомендациями ВОЗ;

(5) осуществлять на регулярной основе мониторинг и оценку потенциала учреждений здравоохранения в области неотложной и основной хирургической помощи и анестезии для выявления неудовлетворенных потребностей в отношении инфраструктуры, кадров, обучения и поставок;

(6) осуществлять сбор и составление данных о количестве, видах и показаниях выполненных хирургических процедур, направлении пациентов для оказания специализированной помощи и показателей периоперационной смертности в соответствующих странах, а также, в соответствующих случаях, обмениваться такой информацией;

(7) усиливать меры профилактики инфекций и инфекционного контроля в качестве важнейшего элемента обеспечения качества и безопасности неотложной и основной хирургической помощи и анестезии;

(8) разрабатывать и вводить в действие меры политики в области хирургической помощи и анестезии в целях обеспечения соблюдения минимальных стандартов в отношении квалифицированных кадров, адекватного оборудования, инфраструктуры и поставок, а также документирования, мониторинга и оценки доступа к услугам и их качества для включения в программы и законодательство на основе имеющихся знаний и соображений, способствующих реализации права на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья;

(9) обеспечить включение надлежащих основных квалификационных требований в соответствующие учебные программы, подготовку и образование учащихся, изучающих различные соответствующие специальности, такие как медицина, сестринское дело, акушерство и предоставление иной хирургической помощи, а также программы повышения квалификации специалистов, участвующих в предоставлении услуг хирургической помощи и анестезии;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) оказывать содействие развитию межсекторальных сетей и партнерств, междисциплинарных мер политики и планов действий, а также поддерживать национальные, региональные и глобальные усилия, направленные на разработку научно обоснованных подходов в отношении профилактики, скрининга и

предоставления неотложной и основной хирургической помощи и анестезии, и расширять программы обучения и подготовки;

(2) способствовать развитию сотрудничества между государствами–членами¹ для совместного использования и обмена информацией, навыками и технологиями, необходимыми для укрепления служб хирургической помощи и анестезии;

(3) повышать уровень информированности об экономически эффективных возможных вариантах сокращения заболеваемости и смертности и профилактики или лечения инвалидности и деформации путем улучшения организации и планирования предоставления услуг по анестезии и хирургической помощи в условиях ограниченности ресурсов и продолжать проведение регулярных совещаний экспертов для дальнейшего обмена техническими знаниями и наращивания потенциала в этой области;

(4) создавать механизмы для сбора зарегистрированных данных о случаях предоставления неотложной и основной хирургической помощи и анестезии для обеспечения более полного понимания неудовлетворенных потребностей и усиления глобального потенциала в области хирургической помощи и анестезии в контексте всеобщего охвата медико–санитарной помощью;

(5) разрабатывать надлежащие, целенаправленные и надежные меры обеспечения доступности и безопасности неотложной и основной хирургической помощи и анестезии и обеспечить наличие средств корректировки таких показателей, как периоперационная смертность, с учетом факторов риска, а также обеспечить предоставление отчетности и сопоставительный анализ этих мер;

(6) осуществлять сбор, оценку и представление соответствующих данных о затратах, связанных с предоставлением неотложной и основной хирургической помощи и анестезии, а также об экономических последствиях их наличия;

(7) оказывать поддержку государствам–членам² в разработке и введении в действие мер политики и нормативных положений для обеспечения доступа к высококачественным, безопасным, эффективным и приемлемым по цене основным лекарственным средствам, включая контролируемые лекарственные средства для обезболивания, медицинские приборы и средства диагностики, применяемые при неотложной и основной хирургической помощи и анестезии;

(8) продолжать, в рамках Программы ВОЗ по обеспечению доступа к контролируемым лекарственным средствам, оказывать поддержку государствам–членам в изучении и совершенствовании национального законодательства и мер политики в целях обеспечения баланса между предупреждением неправильного использования, утечки и незаконного распространения контролируемых веществ и надлежащим доступом к контролируемым лекарственным средствам в

¹ И, в соответствующих случаях, региональными организациями экономической интеграции.

² И, в соответствующих случаях, региональным организациям экономической интеграции.

соответствии с конвенциями Организации Объединенных Наций по международному контролю за наркотиками;

(9) сотрудничать с Международным комитетом по контролю за наркотиками, Управлением Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, министерствами здравоохранения и другими соответствующими органами на глобальном, региональном и национальном уровнях для расширения наличия и обеспечения сбалансированного контроля за контролируруемыми лекарственными средствами для основной и неотложной хирургической помощи и анестезии;

(10) продолжать сотрудничество с Международным комитетом по контролю за наркотиками для оказания содействия государствам–членам¹ в проведении точных оценок, с тем чтобы обеспечить наличие лекарственных средств для неотложной и основной хирургической помощи и анестезии, в том числе путем более эффективного выполнения рекомендаций руководства по исчислению потребностей в веществах, находящихся под международным контролем;

(11) оказывать поддержку государствам–членам¹ в разработке мер политики и стратегий, направленных на расширение квалификации соответствующих работников здравоохранения в области предоставления неотложной и основной хирургической помощи и анестезии, особенно в рамках учреждений первичной медико–санитарной помощи и лечебно–диагностических центров первого уровня;

(12) выделить соответствующие ресурсы для Секретариата в соответствии с утвержденным Программным бюджетом на 2016–2017 гг. и Двенадцатой общей программой работы на 2014–2019 гг. для укрепления неотложной и основной хирургической помощи и анестезии в качестве компонента всеобщего охвата медико–санитарной помощью;

(13) сотрудничать с государствами–членами и другими соответствующими партнерами для разработки стратегий, обеспечивающих поддержку государств–членов в мобилизации адекватных ресурсов для достижения целей укрепления неотложной и основной хирургической помощи и анестезии в качестве компонента всеобщего охвата медико–санитарной помощью;

(14) представить в 2017 г. Семидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения доклад о ходе работ по выполнению этой резолюции.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г. –
Комитет В, третий доклад)

¹ И, в соответствующих случаях, региональным организациям экономической интеграции.

WHA68.16 Оклады сотрудников на неклассифицируемых должностях и Генерального директора

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

учитывая рекомендации Исполнительного комитета в отношении вознаграждения сотрудников на неклассифицируемых должностях и Генерального директора¹,

1. УСТАНОВЛИВАЕТ валовый оклад помощников Генерального директора и региональных директоров в сумме 174 371 долл. США в год до вычета налога и, как следствие, чистый оклад в сумме 135 560 долл. США (при наличии иждивенцев) или 122 754 долл. США (без иждивенцев);
2. УСТАНОВЛИВАЕТ валовый оклад заместителя Генерального директора в сумме 191 856 долл. США в год до вычета налога и, как следствие, чистый оклад в сумме 147 799 долл. США (при наличии иждивенцев) или 133 012 долл. США (без иждивенцев);
3. УСТАНОВЛИВАЕТ валовый оклад Генерального директора в сумме 235 889 долл. США в год до вычета налога и, как следствие, чистый оклад в сумме 178 622 долл. США (при наличии иждивенцев) или 158 850 долл. США (без иждивенцев);
4. ПОСТАНОВЛЯЕТ ввести в действие эту корректировку вознаграждения с 1 января 2015 года.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г. –
Комитет В, четвертый доклад)

WHA68.17 Поправки к Положениям о персонале²

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

отмечая рекомендации Исполнительного комитета относительно назначения на должность, перевода, назначения на другую должность и повышения в должности сотрудников, а также прекращения службы³,

¹ См. документ EB136/2015/REC/1, резолюция EB136.R12.

² Финансовые и административные последствия этой резолюции для Секретариата см. в Приложении 8.

³ См. документ EB136/2015/REC/1, резолюция EB136.R15.

1. ПРИНИМАЕТ предложенные поправки к пунктам 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 и 9.2 Положений о персонале¹;
2. ПОСТАНОВЛЯЕТ, что эти поправки будут введены в действие с момента вступления в силу политики Организации в области мобильности.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г. –
Комитет В, четвертый доклад)

WHA68.18 Глобальная стратегия и план действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности²

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад Секретариата о глобальной стратегии и плане действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности³;

рассмотрев также рекомендации Исполнительного комитета Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, содержащиеся в решении EB136(17);

ссылаясь на резолюции WHA61.21 и WHA62.16 о глобальной стратегии и плане действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности, которые имеют целью содействовать новому осмыслению понятия инноваций и доступа к лекарственным средствам, а также, основываясь на рекомендации, содержащейся в докладе Комиссии по правам интеллектуальной собственности, инновациям и общественному здравоохранению, создать соответствующую среднесрочную концепцию обеспечения более надежной и устойчивой основы, необходимой для важнейших медико–санитарных исследований и разработок, ориентированных на удовлетворение нужд, и актуальной с точки зрения болезней, в несоразмерной степени сказывающихся на развивающихся странах, в которой предлагались бы четкие цели и приоритеты в области исследований и разработок и оценивались нужды в финансовых средствах в этой области;

признавая центральную роль глобальной стратегии и плана действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности, которую они играют в направлении и согласовании политики и программы работы ВОЗ в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности;

¹ См. Приложение 4.

² Финансовые и административные последствия этой резолюции для Секретариата см. в Приложении 8.

³ Документ A68/35.

приветствуя резолюцию EBSS3.R1 под названием «Эбола: прекращение текущей вспышки, усиление глобальной готовности и обеспечение потенциала ВОЗ по готовности к будущим масштабным и устойчивым вспышкам и чрезвычайным ситуациям с медико–санитарными последствиями и принятию ответных мер», в которой подтверждаются глобальная стратегия и план действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности;

будучи озабочена темпами осуществления глобальной стратегии и плана действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности заинтересованными сторонами согласно приложению к глобальной стратегии,

1. ПОСТАНОВЛЯЕТ:

(1) продлить сроки выполнения плана действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности с 2015 до 2022 года;

(2) продлить до 2018 г. крайний срок проведения общего программного обзора глобальной стратегии и плана действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности с акцентом на достижения, сохраняющиеся проблемы и рекомендации по дальнейшим шагам с учетом того факта, что он не был представлен Ассамблее здравоохранения в 2015 г., как это было предложено в резолюции WHA62.16;

(3) провести отдельно на поэтапной основе всестороннюю оценку и общий программный обзор глобальной стратегии и плана действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности, как это предусмотрено в документе A68/35 и Приложении к нему, в консультации с государствами–членами¹ и с соблюдением изложенных ниже процесса и положений;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) приступить в июне 2015 г. в соответствии с политикой ВОЗ в области оценки и *Практическим руководством ВОЗ по оценке*² к всесторонней оценке осуществления глобальной стратегии и плана действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности, соблюдая круг ведения, указанный в документе A68/35³; представить вводный доклад и комментарии группы по руководству оценкой для рассмотрения Исполнительным комитетом на его Сто тридцать восьмой сессии в январе 2016 г.; и представить окончательный доклад о всесторонней оценке на рассмотрение Семидесятой

¹ И, в соответствующих случаях, с региональными организациями экономической интеграции.

² Практическое руководство ВОЗ по оценке. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г.

³ См. Приложение 5.

сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2017 г. через Исполнительный комитет;

(2) созвать специальную группу по руководству оценкой для оказания помощи в проведении всесторонней оценки в составе шести независимых внешних экспертов по данной проблематике и двух экспертов по оценке из Группы Организации Объединенных Наций по оценке;

(3) выбрать шесть независимых внешних экспертов по данной проблематике в соответствии с руководящими принципами относительно подбора членов специальных групп по руководству оценкой, включенными в *Практическое руководство ВОЗ по оценке*, в том числе в результате консультаций с региональными директорами;

(4) учредить на началах обеспечения гендерного баланса, равной представленности регионов и разнообразия технической компетентности и экспертных знаний группу из 18 экспертов от развитых и развивающихся стран для проведения общего программного обзора при обеспечении широкого и сбалансированного сочетания экспертных знаний, практического опыта и послужного списка и с охватом восьми элементов глобальной стратегии и плана действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности;

(5) предложить государствам–членам выдвинуть, в том числе в результате контактов с региональными директорами, кандидатуры экспертов для включения в реестр сразу же после Сто тридцать девятой сессии Исполнительного комитета, из состава которого Генеральный директор выберет группу из 18 экспертов для проведения общего программного обзора;

(6) представить круг ведения общего программного обзора на утверждение Сто сороковой сессии Исполнительного комитета в январе 2017 г. и состав группы по проведению общего программного обзора на рассмотрение должностных лиц Исполнительного комитета в феврале 2017 г.;

(7) представить заключительный доклад по общему программному обзору Глобальной стратегии и плана действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности – их достижений, остающихся проблем и рекомендации о последующей деятельности – Семьдесят первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2018 г., через Сто сорок вторую сессию Исполнительного комитета.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г.–
Комитет В, четвертый доклад)

WHA68.19 Итоги второй Международной конференции по вопросам питания¹

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад об итогах второй Международной конференции по вопросам питания²;

1. **ОДОБРЯЕТ** Римскую декларацию по вопросам питания, а также Рамочную программу действий³, которая содержит набор добровольных вариантов политики и стратегий для использования правительствами;
2. **ПРИЗЫВАЕТ** государства–члены⁴ выполнить обязательства Римской декларации по вопросам питания с помощью набора добровольных вариантов политики в составе Рамочной программы действий;
3. **ПРЕДЛАГАЕТ** Генеральному директору в сотрудничестве с Генеральным директором Продовольственной и сельскохозяйственной организации и другими учреждениями, фондами и программами Организации Объединенных Наций и другими соответствующими региональными и международными организациями подготовить двухгодичный доклад для Ассамблеи здравоохранения о ходе осуществления обязательств Римской декларации по вопросам питания.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г. –
Комитет В, четвертый доклад)

WHA68.20 Глобальное бремя эпилепсии и необходимость координированных мер на страновом уровне в целях воздействия на его последствия в области здравоохранения, в социальной сфере и области информирования общественности¹

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о глобальном бремени эпилепсии и необходимости координированных мер на страновом уровне в целях воздействия на его последствия в области здравоохранения, в социальной сфере и области информирования общественности⁵;

¹ Финансовые и административные последствия этой резолюции для Секретариата см. в Приложении 8.

² Документ A68/8.

³ См. Приложение 6.

⁴ И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

⁵ Документ A68/12.

учитывая резолюцию WHA66.8, в которой Ассамблея здравоохранения приняла комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг., и резолюцию WHA67.22 о доступе к основным лекарственным средствам;

признавая резолюцию Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 68/269 и резолюцию WHA57.10 о безопасности дорожного движения и здоровье, резолюцию WHA66.12 о забытых тропических болезнях, резолюцию WHA67.10 о проекте плана действий в области охраны здоровья новорожденных, резолюцию WHA67.15 об укреплении роли системы здравоохранения в преодолении глобальной проблемы насилия, в частности, в отношении женщин и девочек, а также детей, и обсуждения, касающиеся борьбы с нейроцистицеркозом и его связи с эпилепсией на Пятьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения¹;

принимая к сведению Политическую декларацию Сопредседателя высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними², на котором главы государств и правительств признали, что психические и неврологические расстройства представляют собой важную причину заболеваемости и вносят существенную лепту в глобальное бремя неинфекционных заболеваний, что предполагает необходимость обеспечения равноправного доступа к эффективным программам и медико–санитарным мерам вмешательства;

учитывая связанные со здоровьем Цели тысячелетия в области развития, итоговый документ Конференции Организации Объединенных Наций по устойчивому развитию под названием «Будущее, которое мы хотим»³ и доклад Рабочей группы открытого состава по устойчивым целям в области развития, учрежденной на основании резолюции 66/288 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, в котором предлагаются Цель 3 (Обеспечить здоровую жизнь и содействовать благополучию всех людей в любом возрасте) и целевая задача 3.4 (Сократить к 2030 г. на одну треть показатель преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения и укреплять психическое здоровье и благополучие)⁴;

признавая, что эпилепсия является одним из наиболее распространенных серьезных хронических неврологических заболеваний, которые затрагивают 50 миллионов человек всех возрастов на глобальном уровне, и тот факт, что лица, страдающие эпилепсией, зачастую подвергаются стигматизации и дискриминации в силу незнания, неправильного понимания и негативного отношения, сложившегося вокруг этого заболевания, и что эти лица сталкиваются с серьезными трудностями, например в области образования, трудоустройства, брака и репродуктивного здоровья;

¹ См. документ WHA56/2003/REC/3, протокол четвертого заседания Комитета А.

² Резолюция 66/2 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций.

³ Резолюция 66/288 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций.

⁴ Документ A/68/970.

отмечая с озабоченностью, что масштабы эпилепсии затрагивают людей всех возрастов, как мужчин, так и женщин, любой расы и с любым уровнем доходов, и признавая далее, что неимущие группы населения и те, которые находятся в уязвимом положении, в частности в странах с низким и средним уровнем доходов, несут на себе несоразмерное бремя, что ставит под угрозу общественное здравоохранение и экономическое и социальное развитие;

осознавая, что в различных странах существуют значительные различия в уровне лечения эпилепсии, например среднее число неврологов в странах с низким уровнем доходов составляет всего лишь 0,03 на миллион человек, тот факт, что основные лекарственные средства против эпилепсии зачастую отсутствуют, что, по оценкам, в странах с низким уровнем доходов более 75% больных не получают лечение и что этот показатель существенно выше в сельских районах, нежели в городских;

принимая к сведению, что большинство больных эпилепсией можно избавить от приступов при надлежащем лечении экономичными доступными по цене лекарствами от эпилепсии;

признавая, кроме того, что некоторые причины эпилепсии могут поддаваться профилактике и что такие меры по профилактике эпилепсии можно применять более широко в секторе здравоохранения и в секторах, не связанных со здравоохранением;

принимая к сведению, что в 1997 г. ВОЗ и две международные неправительственные организации – Международная лига против эпилепсии и Международное бюро против эпилепсии – вышли с инициативой положить начало кампании против эпилепсии под названием «Из мрака на свет» и что в 2008 г. ВОЗ приступила к реализации программы действий mhGAP по устранению пробелов в области психического здоровья, которые служат прочной основой для дальнейшего руководства и координации со стороны ВОЗ разработки мер против эпилепсии на глобальном уровне;

осознавая также, что практика, принимаемая в Китае и некоторых других странах с низким уровнем доходов, показала, что координация действий на страновом уровне может оказаться весьма эффективной в деле борьбы с этой болезнью и повышения качества жизни миллионов людей, страдающих эпилепсией, при небольших расходах;

признавая замечательный прогресс, который достигнут в последнее время в области технологии лечения эпилепсии, которая варьируется от базовых научных исследований до диагностики и лечения;

учитывая тот факт, что международные правительственные организации, неправительственные организации, академические общества и другие органы, такие как Международная лига против эпилепсии и Международное бюро по борьбе с эпилепсией, которые поддерживают официальные отношения с ВОЗ и сотрудничают с ВОЗ уже в течение нескольких десятилетий в работе по лечению эпилепсии, в последнее время стали увеличивать свои инвестиции в лечение эпилепсии и выполнили существенный объем работы в сотрудничестве с национальными правительствами;

признавая роль ВОЗ в более активном лидерстве и координации и проведении эффективной работы в целях лечения эпилепсии с учетом широкомасштабного воздействия на общественное здравоохранение,

1. **НАСТОЯТЕЛЬНО РЕКОМЕНДУЕТ** государствам–членам¹:

(1) укрепить эффективное лидерство и руководство в отношении политики в области здравоохранения в целом, психического здоровья и неинфекционных заболеваний, включающие компонент удовлетворения специфических потребностей людей, страдающих эпилепсией, и выделять финансовые, кадровые и другие ресурсы, которые были определены в качестве необходимых, для реализации планов и действий на основе фактологических данных;

(2) ввести в действие и осуществлять при необходимости и в соответствии с международными правозащитными нормами и стандартами национальные планы действий в области здравоохранения в целях лечения эпилепсии с целью преодолеть неравенство и несправедливость в системе медико–санитарных, социальных и иных услуг, обращая особое внимание на больных эпилепсией, живущих в условиях уязвимости, например проживающих в бедных и отдаленных районах, в т.ч. укрепляя услуги общественного здравоохранения и обучая местные кадры надлежащим методам;

(3) включить в соответствующих случаях в первичную медико-санитарную помощь лечение эпилепсии, в том числе медицинскую и социальную помощь, особенно обслуживание по месту жительства, в контексте всеобщего охвата населения медобслуживанием, в том числе реабилитацией по месту жительства, с целью содействовать сокращению разрыва в лечении эпилепсии, обеспечить базовое понимание лечения эпилепсии провайдерами медуслуг-неспециалистами, с тем чтобы эту болезнь можно было диагностировать, лечить и наблюдать в максимально возможной степени в рамках оказания первичной медико–санитарной помощи, а также расширяя возможности больных эпилепсией и тех, кто оказывает им помощь, активнее использовать конкретные программы самопомощи и помощи на дому, обеспечив для этого надежную и функциональную систему направления к специалистам и укрепив системы мединформации и эпидемиологического надзора для регулярного сбора, представления, анализа и оценки тенденций в области лечения эпилепсии;

(4) поддерживать разработку и реализацию стратегий лечения эпилепсии, в частности, в целях расширения доступности и приемлемости по цене безопасных и эффективных противоэпилептических лекарственных средств гарантированного качества и включать основные противоэпилептические лекарственные средства в национальные перечни основных лекарственных средств;

¹ И, в соответствующих случаях, региональным организациям экономической интеграции.

- (5) обеспечивать осведомленность населения по поводу эпилепсии и проводить соответствующую массово–просветительскую работу, особенно в начальных и средних школах, с целью содействовать снижению уровня неправильного понимания, стигматизации и дискриминации людей, страдающих эпилепсией, и их семей, которая широко распространена во многих странах и регионах;
 - (6) стимулировать деятельность по профилактике причин эпилепсии с использованием вмешательств на основе фактологических данных в секторе здравоохранения и в других секторах вне здравоохранения;
 - (7) увеличить инвестиции в научно–исследовательскую работу по эпилепсии и повысить научно–исследовательский потенциал;
 - (8) наладить взаимодействие с гражданским обществом и другими партнерами в действиях, указанных в подпунктах 1(1)–1(7), выше;
2. ПРЕДЛАГАЕТ международным, региональным, национальным и местным партнерам из сектора здравоохранения и за его пределами в осуществлении действий, указанных в подпунктах 1(1)–1(8), выше, и оказании соответствующей поддержки;
3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:
- (1) рассмотреть и проанализировать действия, касающиеся лечения эпилепсии, которые осуществляются под руководством, координацией и при поддержке ВОЗ, и выявлять, обобщать и сводить воедино соответствующие наиболее эффективные виды практики в целях широкого распространения этой информации, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов;
 - (2) разработать, в консультации с соответствующими субъектами деятельности, на основе работы, предусмотренной в пункте (1) постановляющей части, свод технических рекомендаций, содержащих руководящие указания для государств–членов в вопросах разработки и осуществления программ и услуг, касающихся эпилепсии, и оказывать техническую поддержку государствам–членам в работе по лечению эпилепсии, прежде всего в странах с низким и средним уровнем доходов;
 - (3) представить Семьдесят первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения доклад о выполнении настоящей резолюции.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г.–
Комитет В, пятый доклад)

РЕШЕНИЯ

WHA68(1) Состав Комитета по проверке полномочий

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения назначила Комитет по проверке полномочий в составе делегатов следующих государств–членов: Бельгия, Колумбия, Джибути, Габон, Гвинея–Бисау, Гондурас, Лесото, Сингапур, Швейцария, Таджикистан, Тимор–Лешти и Тонга.

(Первое пленарное заседание, 18 мая 2015 г.)

WHA68(2) Выборы должностных лиц Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения избрала следующих должностных лиц:

Председатель:	г–н Jagat Prakash Nadda (Индия)
Заместители	д–р L i Bin (Китай)
Председателя:	г–н John David Edward Boyce (Барбадос)
	д–р Ferozudin Feroz (Афганистан)
	г–н Francesco Mussoni (Сан–Марино)
	профессор Awa Marie Coll Seck (Сенегал)

(Первое пленарное заседание, 18 мая 2015 г.)

WHA68(3) Выборы должностных лиц главных комитетов

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения избрала следующих должностных лиц главных комитетов

Комитет А: Председатель: д-р Eduardo Jaramillo Navarrete (Мексика)
Комитет В: Председатель: г-н Michael Malabag (Папуа–Новая Гвинея)

(Первое пленарное заседание, 18 мая 2015 г.)

Главные комитеты впоследствии избрали следующих должностных лиц:

Комитет А: Заместители г-жа Dorcas Makgato (Ботсвана)
Председателя: г-н Bahar Idris Abu Garda (Судан)
Докладчик: д-р Liis Roväli (Эстония)

Комитет В: Заместители д-р Raymond Busuttil (Мальта)
Председателя: г-н Khaga Raj Adhikari (Непал)
Докладчик: д-р Guy Fones (Чили)

(Первые заседания Комитетов А и В,
18 и 20 мая 2015 г., соответственно)

WHA68(4) Образование Генерального комитета

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения избрала следующие 17 стран членами Генерального комитета: Буркина–Фасо, Бурунди, Коморские острова, Куба, Франция, Гана, Индонезия, Латвия, Черногория, Оман, Перу, Российская Федерация, Южный Судан, Сирийская Арабская Республика, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Соединенные Штаты Америки и Вьетнам.

(Первое пленарное заседание, 18 мая 2015 г.)

WHA68(5) Утверждение повестки дня

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения утвердила предварительную повестку дня, подготовленную Исполнительным комитетом на его Сто тридцать шестой сессии, причем три пункта были исключены, и один пункт был передан из Комитета А в Комитет В. Рассмотрение еще одного пункта было перенесено на Сто тридцать седьмую сессию Исполнительного комитета.

(Второе пленарное заседание, 18 мая 2015 г.)

WHA68(6) Проверка полномочий

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения признала действительными полномочия следующих делегаций: 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; Кабо–Верде; Камбоджа; Камерун; Канада; Центральноафриканская Республика; Чад; Чили; Китай; Колумбия; Коморские Острова; Конго; Острова Кука; Коста–Рика; Кот–д’Ивуар; Хорватия; Куба; Кипр; Чешская Республика; Народно–Демократическая Республика Корея; 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; 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; Ливия; Литва; Люксембург; Мадагаскар; Малави; Малайзия; Мальдивские Острова; Мали; Мальта; Мавритания; Маврикий; Мексика; Монако; Монголия; Черногория; Марокко; Мозамбик; Мьянма; Намибия; Науру; Непал; Нидерланды; Новая Зеландия; Никарагуа; Нигер; Нигерия; Норвегия; Оман; Пакистан; Панама; Папуа–Новая Гвинея; Парагвай; Перу; Филиппины; Польша; Португалия; Катар; Республика Корея; Республика Молдова; Румыния; Российская Федерация; Руанда; Сент–Китс и Невис; Самоа; Сан–Марино; Сан–Томе и Принсипи; Саудовская Аравия; Сенегал; Сербия; Сейшельские Острова; Сьерра–Леоне; Сингапур; Словакия; Словения; Соломоновы Острова; Сомали; Южная Африка; Южный Судан; 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, 20 мая 2015 г.)

WHA68(7) Выборы государств–членов, которым предоставляется право назначить по одному лицу в состав Исполнительного комитета

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения после рассмотрения рекомендаций Генерального комитета избрала следующие государства–члены, которым предоставляется право назначить по одному лицу в состав Исполнительного комитета: Канада, Конго, Доминиканская Республика, Франция, Иордания, Казахстан, Мальта, Новая Зеландия, Пакистан, Филиппины, Швеция и Таиланд.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2015 г.)

WHA68(8) Медико–санитарные условия проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, принимая во внимание основной принцип, закрепленный в Уставе Всемирной организации здравоохранения, согласно которому здоровье всех народов является основным фактором в достижении мира и безопасности, и подчеркивая, что беспрепятственный доступ к медико–санитарной помощи является одним из важнейших компонентов права на здоровье; принимая к сведению доклад Секретариата о медико–санитарных условиях проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим и оккупированные сирийские Голанские высоты¹, а также принимая к сведению доклад об оценке медико–санитарных условий на местах на оккупированной палестинской территории², предлагает Генеральному директору:

- (1) представить Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения доклад о медико–санитарных условиях проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах, на основе оценки на

¹ Документ A68/37.

² См. документ WHO-EM/OPT/006/E, имеется по адресу http://applications.emro.who.int/docs/Cons_Rep_2015_EN_16311.pdf (по состоянию на 1 июня 2015 г.).

местах, проведенной Всемирной организацией здравоохранения, с особым акцентом на:

- (a) барьеры, препятствующие доступу к медико–санитарным услугам на оккупированной палестинской территории, в том числе в результате ограничений на передвижение и дробления территории, а также прогресс, достигнутый в выполнении рекомендаций, содержащихся в подготовленном ВОЗ в 2014 г. докладе *«Право на здоровье: преодоление барьеров, препятствующих доступу к медико–санитарным услугам на оккупированной палестинской территории», 2013 г.*¹;
 - (b) телесные повреждения и инвалидность и повреждение и разрушение объектов инфраструктуры и сооружений медицинского назначения, а также факторы, ставящие под угрозу безопасность медико-санитарных работников;
 - (c) доступ к адекватным медико-санитарным услугам для палестинских заключенных;
 - (d) последствия продолжительной оккупации и нарушений прав человека для психического и физического здоровья, особенно медико-санитарные последствия израильской военной системы содержания под стражей палестинских заключенных и задержанных, в особенности задержанных из числа детей, и небезопасных условий проживания на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим;
 - (e) последствия ограничений в доступе к воде и санитарии, а также отсутствия продовольственной безопасности для медико-санитарных условий проживания населения на оккупированной палестинской территории, особенно в секторе Газа;
 - (f) обеспечение финансового и технического содействия и поддержки международным сообществом доноров и его вклад в улучшение медико-санитарных условий проживания на оккупированной палестинской территории;
- (2) оказывать поддержку палестинским службам здравоохранения, в том числе программам укрепления потенциала;
- (3) оказывать техническое содействие в области здравоохранения сирийскому населению оккупированных сирийских Голанских высот;

¹ Right to health: crossing barriers to access health in the occupied Palestinian territory, 2013, доступен на веб-сайте http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/WHO_-_RTH_crossing_barriers_to_access_health.pdf?ua=1 (по состоянию на 20 мая 2015 г.).

(4) продолжать оказание необходимой технической помощи в целях удовлетворения медико-санитарных потребностей палестинского народа, в том числе заключенных и задержанных лиц, в сотрудничестве с Международным Комитетом Красного Креста, а также инвалидов и раненых;

(5) оказывать поддержку палестинскому сектору здравоохранения в обеспечении готовности к чрезвычайным ситуациям и в расширении масштабов работы по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и потенциала ответных мер, а также в сокращении нехватки лекарственных средств, позволяющих спасти жизнь людей, и расходных материалов медицинского назначения;

(6) поддерживать развитие системы здравоохранения на оккупированной палестинской территории, включая развитие кадровых ресурсов.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2015 г.)

WHA68(9) Полиомиелит

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, рассмотрев доклад Секретариата о полиомиелите¹,

(1) одобрила дальнейшее управление этой чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, с помощью временных рекомендаций, выпущенных Генеральным директором в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.) в связи с чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, которая возникла вследствие международного распространения дикого полиовируса; и

(2) предложила Генеральному директору представить Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения доклад о ходе работы по сокращению риска международного распространения дикого полиовируса.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г.)

¹ Документ A68/21 Add.3.

WHA68(10) Вспышка болезни, вызванной вирусом Эбола, 2014 г. и последующие действия в связи со специальной сессией Исполнительного комитета по чрезвычайной ситуации в связи с Эболой

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, ссылаясь на резолюцию, принятую Исполнительным комитетом на его специальной сессии 25 января 2015 г.¹;

Промежуточная оценка

1. Положительно оценила предварительный доклад Группы по промежуточной оценке Эболы, содержащийся в документе A68/25;
2. выразила признательность Группе по промежуточной оценке Эболы за работу, проделанную на сегодняшний день;
3. обратилась к Группе по промежуточной оценке Эболы с просьбой продолжить ее работу, как предусмотрено резолюцией специальной сессии Исполнительного комитета по чрезвычайной ситуации в связи с Эболой², и издать заключительный доклад для представления Генеральному директору не позднее 31 июля 2015 года.

Международные медико-санитарные правила (2005 г.)

1. Предложила Генеральному директору учредить Комитет по обзору в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.) для изучения роли Международных медико-санитарных правил (2005 г.) во время вспышки Эболы и реагирования на нее в следующих целях:

(a) для оценки эффективности Международных медико-санитарных правил (2005 г.) применительно к предотвращению, обеспечению готовности и реагированию в связи со вспышкой Эболы, с особым акцентом на уведомление и соответствующие стимулы, временные рекомендации, дополнительные меры, объявление чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющего международное значение, национальные основные возможности, и контекст и связи с Механизмом реагирования на чрезвычайные ситуации³ и другие обязательства Организации в гуманитарной области;

(b) для оценки статуса осуществления рекомендаций, сделанных предыдущим Комитетом по обзору в 2011 г., и связанным с этим воздействием на нынешнюю вспышку Эболы;

¹ См. резолюцию EBSS3.R1.

² См. резолюцию WHA65.20.

³ См. документ A64/10.

(с) для рекомендации мер по улучшению функционирования, транспарентности, эффективности и действенности Международных медико-санитарных правил (2005 г.), включая ответные меры ВОЗ, и по усилению готовности к будущим чрезвычайным ситуациям, имеющим последствия для здоровья, с указанием соответствующих сроков по всем таким мерам;

2. предложила Генеральному директору созвать Комитет по обзору Международных медико-санитарных правил (2005 г.), как предусмотрено Международными медико-санитарными правилами (2005 г.), в августе 2015 г. и представить доклад о результатах его работы Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2016 г.;

3. согласилась оказывать поддержку государствам Западной и Центральной Африки и другим государствам, подверженным риску, в целях обеспечения полного осуществления Международных медико-санитарных правил (2005 г.), включая соблюдение требований, касающихся создания основных возможностей, к июню 2019 г.;

4. приняла к сведению рекомендацию Группы по промежуточной оценке Эболы в адрес ВОЗ с целью предложить соответствующий план, предусматривающий потребности в ресурсах на совместной основе с государствами-членами и другими соответствующими заинтересованными сторонами в целях создания основных возможностей в области общественного здравоохранения во всех странах в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.) и дополнительного изучения механизмов и вариантов объективного анализа на основе самооценки и, на добровольной основе, экспертного анализа и/или внешней оценки для тех государств-членов, которые обращаются с такой просьбой.

Глобальный кадровый резерв для реагирования на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения

1. Приветствовала усилия Генерального директора по разработке первоначального концептуального плана глобального кадрового резерва для реагирования на чрезвычайные ситуации в порядке принятия мер в ответ на вспышки и чрезвычайные ситуации, которые влекут за собой последствия в области здравоохранения, в качестве части специальной структуры и функций более широкой программы реагирования на чрезвычайные ситуации, которая будет заниматься объединением и регулированием всех операций ВОЗ по реагированию на вспышки и чрезвычайные ситуации в соответствии с мандатом ВОЗ на всех трех уровнях Организации и под непосредственным надзором Генерального директора в порядке поддержки собственных ответных мер, принимаемых странами¹;

¹ См. пункт 44 документа A68/27, пункт 44.

2. подтвердила, что реагирование ВОЗ на чрезвычайные ситуации на всех уровнях должно осуществляться в соответствии с нормами международного права, в частности со Статьей 2(d) Устава ВОЗ, и таким образом, чтобы это соответствовало принципам и целям Механизма реагирования ВОЗ на чрезвычайные ситуации и Международным медико-санитарным правилам (2005 г.) и осуществлялось с применением подхода к управлению с учетом всех видов опасности в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций и с упором на адаптируемость, гибкость и подотчетность; гуманитарные принципы нейтралитета, гуманность, беспристрастность и независимость; и предсказуемость, своевременность и причастность стран;
3. подчеркнула важность наращивания потенциала ВОЗ в областях, в которых она обладает сравнительным преимуществом, и широкого использования потенциала других учреждений, фондов и программ Организации Объединенных Наций, Глобальной сети предупреждения о вспышках болезней и ответных действий, иностранных медицинских бригад и резервных партнеров¹ и ведущей ролью ВОЗ в кластере глобального здравоохранения;
4. предложила Генеральному директору представить доклад о ходе работы по созданию и координации глобального кадрового резерва для реагирования на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения и управлению им Шестидесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения на Сто тридцать восьмой сессии Исполнительного комитета в январе 2016 года.

Фонд непредвиденных обстоятельств

1. Положительно оценивая параметры, изложенные в документе A68/26, которые включают руководящие принципы управления фондом, такие как: размер, сфера действия, исполняемость, операции, добровольные источники финансирования и механизмы подотчетности;
2. постановила создать специальный исполняемый фонд непредвиденных расходов в целях оперативного наращивания потенциала реагирования ВОЗ на вспышки и чрезвычайные ситуации, связанные с последствиями для здоровья, который объединяет в себе два существующих фонда ВОЗ² с целевой капитализацией на уровне 100 млн. долл. США, финансируемый полностью за счет добровольных взносов, используемых на гибкой основе в пределах сферы действия фонда;
3. решила, что данный фонд непредвиденных расходов будет обеспечивать финансирование на надежной и прозрачной основе, в том числе в части финансовой отчетности и подотчетности, на период до трех месяцев с упором на предсказуемость, своевременность и причастность стран; гуманитарные принципы нейтральности, гуманность, беспристрастность и независимость;

¹ См. пункт 15 документа A68/27, пункт 15.

² Счет быстрого реагирования ВОЗ и фонд чрезвычайного реагирования на вспышки болезней ВОЗ – Инициатива в отношении ядерной угрозы.

и практические методы добросовестного оказания гуманитарной донорской помощи¹;

4. постановила, что фонд непредвиденных расходов будет находиться в ведении Генерального директора с учетом выделения средств по его или ее усмотрению;

5. предложила Генеральному директору рассмотреть сферу действия и критерии фонда непредвиденных расходов по прошествии двух лет его использования и включить в доклад, подлежащий представлению на Семидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2017 г., предложения по повышению эффективности и устойчивости фонда;

6. выразила признательность государствам-членам за взносы, которые они уже обязались выделить в фонд непредвиденных расходов;

7. предложила Генеральному директору обратиться к донорам с просьбой внести средства в фонд непредвиденных расходов, в том числе в ходе следующего раунда диалога по вопросам финансирования;

8. предложила Генеральному директору представить доклад об эффективности использования фонда непредвиденных расходов, включая сумму мобилизованных и потраченных средств, полученных преимуществ и предусмотренных целей, Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2016 г. через Исполнительный комитет на его Сто тридцать восьмой сессии в январе 2016 г.;

9. предложила Генеральному директору установить приоритеты для операций на местах в затронутых странах при использовании фонда непредвиденных расходов².

Научные исследования и разработки

1. Признала ключевую координирующую роль ВОЗ в непрерывной деятельности по разработке вакцин, диагностических средств и лекарств от болезни, вызванной вирусом Эбола;

2. приветствовала разработку, в консультации с государствами-членами и соответствующими заинтересованными сторонами, схематического плана ускорения научных исследований и разработок при эпидемиях или чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения при отсутствии или недостаточном характере существующих решений в области профилактики и лечения, принимая во внимание другие соответствующие направления работы в рамках ВОЗ;

¹ В случае необходимости этот срок может быть продлен Генеральным директором на дополнительный срок до трех месяцев в порядке обеспечения преемственности и только в том случае, если к тому времени невозможно мобилизовать иные финансовые средства.

² См. письмо в приложении II к документу A/58/99/-E/2003/94 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций и Экономического и Социального Совета.

3. вновь подтвердила принятие Глобальной стратегии и плана действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности.

Усиление систем здравоохранения

1. Приветствовала разработку действенных, профинансированных национальных планов по восстановлению систем здравоохранения для Гвинеи, Либерии и Сьерра-Леоне, которые были представлены на весенних совещаниях Всемирного банка 17 апреля 2015 г. в качестве основы для координации доноров и стратегических инвестиций;

2. обратилась к ВОЗ с просьбой и впредь играть свою координирующую роль в области оказания поддержки национальным администрациям во время их подготовки к конференции Генерального секретаря Организации Объединенных Наций высокого уровня по объявлению взносов на борьбу с Эболой, которая состоится 10 июля 2015 г.;

3. отметила ведущую роль министерств здравоохранения этих трех стран в ориентации, при поддержке страновых бюро ВОЗ, на раннее восстановление с уделением особого внимания профилактике инфекции и инфекционному контролю, реактивации основных служб, неотложным приоритетам кадровых ресурсов здравоохранения и комплексному эпиднадзору за болезнями;

4. предложила Генеральному директору продолжить и усилить деятельность Секретариата для оказания поддержки государствам-членам в области повышения готовности к реагированию на чрезвычайные ситуации с последствиями для здоровья путем усиления национальных систем здравоохранения.

Дальнейший путь

1. Приветствовала приверженность Генерального директора проведению реформ деятельности и усилению внутренней культуры ВОЗ в условиях чрезвычайных ситуаций с медико-санитарными последствиями и, в частности, созданию эффективной системы управления и контроля на всех трех уровнях Организации;

2. приветствовала предложение Генерального директора о создании небольшой целевой консультативной группы экспертов для направления и поддержки дальнейшего развития реформы деятельности ВОЗ в условиях чрезвычайных ситуаций с медико-санитарными последствиями;

3. предложила Генеральному директору представить доклад о ходе работы по этим реформам и по другим решениям, принятым в данном документе, Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2016 г. через Исполнительный комитет на его Сто тридцать восьмой сессии в январе 2016 г. и вновь подтвердила предложение Генеральному директору ежегодно представлять доклад Ассамблее здравоохранения о всех чрезвычайных ситуациях 3-го уровня, а также о чрезвычайных ситуациях 3-го уровня по классификации Межучрежденческого постоянного комитета Организации Объединенных Наций, в которых ВОЗ принимала участие.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г.)

WHA68(11) Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения¹

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, рассмотрев доклад Консультативной группы экспертов по актуальности и эффективности Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения (2010 г.)²,

(1) признала актуальность Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения (2010 г.) в контексте повышения уровня мобильности трудовых ресурсов на региональном и межрегиональном уровнях и демографического и эпидемиологического сдвига, повышающего спрос на трудовые ресурсы здравоохранения;

(2) призвала государства-члены и другие заинтересованные стороны повышать осведомленность в отношении Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения (2010 г.) и расширять его применение, в частности путем укрепления институционального потенциала и ресурсов в целях завершения второго раунда национальной отчетности до 31 июля 2015 г.;

(3) предложила Секретариату на глобальном, региональном и страновом уровнях укрепить свой потенциал в целях повышения осведомленности, оказания технической поддержки и продвижения эффективного применения Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения (2010 г.) и соответствующей отчетности в рамках утвержденного программного бюджета;

¹ Финансовые и административные последствия этой резолюции для Секретариата см. в Приложении 8.

² Документ A68/32 Add.1.

(4) постановила, что дальнейшую оценку актуальности и эффективности Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения (2010 г.) следует провести на основании третьего раунда национальной отчетности в 2018 г. и доклада о ходе работы, который намечено представить Семьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2019 году.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г.)

WHA68(12) Некондиционная/поддельная/ложно маркированная/фальсифицированная/контрафактная медицинская продукция

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, рассмотрев доклад о некондиционной/поддельной/ложно маркированной/фальсифицированной/контрафактной медицинской продукции¹ и решение EB136(1) Исполнительного комитета, постановила отложить на один год до 2017 г. рассмотрение государствами-членами механизма, как это предлагается в докладе механизма².

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г.)

WHA68(13) Назначение представителей в Комитет Пенсионного фонда персонала ВОЗ³

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения назначила члена делегации Швейцарии д-ра Michel Tailhades членом на трехгодичный срок до мая 2018 года.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г.)

WHA68(14) Питание матерей и детей грудного и раннего возраста: разработка основного набора показателей

Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о питании матерей и детей грудного и раннего возраста: разработка основного набора показателей¹, постановляет:

¹ Документ A68/33.

² Документ A8/33, Приложение.

³ Документ A68/48.

- (1) утвердить дополнительные основные показатели для глобальных основ мониторинга питания матерей и детей грудного и раннего возраста²;
- (2) рекомендовать государствам-членам представлять отчетность по всему основному набору начиная с 2016 г., за исключением показателей процесса 1³, 4⁴ и 6⁵ и показателя политической конъюнктуры и потенциала 1⁶, которые будут рассмотрены Исполнительным комитетом после того, как они будут подготовлены, для утверждения и отчетность по которым начнется с 2018 г.;
- (3) предложить Генеральному директору предоставить дополнительное оперативное руководство в отношении того, как собирать необходимые данные по показателям в контексте разных стран;
- (4) предложить Генеральному директору рассмотреть показатели для расширенного набора и предоставить подробную информацию об определениях этих показателей, наличии данных и критериях их применимости в контексте разных стран;
- (5) рекомендовать провести обзор глобальных основ мониторинга питания в 2020 году.

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г.)

WHA68(15) Выбор страны, в которой будет проведена Шестьдесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения

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

(Девятое пленарное заседание, 26 мая 2015 г.)

¹ Документ A68/9.

² См. Приложение 7.

³ Доля детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, получающих минимально приемлемый рацион питания.

⁴ Доля беременных женщин, получающих добавки железа и фолиевой кислоты.

⁵ Доля матерей с детьми в возрасте 0–23 месяцев, получивших консультирование, поддержку или сообщения в отношении оптимального грудного вскармливания, как минимум, один раз за прошедший год.

⁶ Число специально подготовленных специалистов по питанию на 100 000 населения.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ГЛОБАЛЬНАЯ ТЕХНИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ БОРЬБЫ С МАЛЯРИЕЙ НА 2016–2030 гг.¹

[A68/28 – 20 мая 2015 г.]

Содержание

Краткий обзор проекта глобальной технической стратегии	134
Общие сведения	135
Необходимость в технической стратегии на период после 2015 г.	136
Процедура разработки стратегии	140
Видение, цели и принципы	140
Путь к ликвидации малярии	142
Предлагаемая стратегическая основа.....	143
Три основных элемента проекта стратегии.....	145
Основной элемент 1. Обеспечение всеобщего доступа к средствам профилактики, диагностики и лечения малярии.	145
Основной элемент 2. Активизация мер, направленных на ликвидацию малярии и сохранение статуса территорий, свободных от малярии.....	152
Основной элемент 3. Превращение эпидемиологического надзора за малярией в ключевое мероприятие.....	157
Вспомогательный элемент 1. Использование инноваций и расширение научных исследований	160
Вспомогательный элемент 2. Укрепление благоприятных условий.	164
Затраты на реализацию проекта глобальной технической стратегии.....	167
Оценка глобального прогресса и результатов	167
Роль Секретариата	169

¹ См. резолюцию WHA68.2.

КРАТКИЙ ОБЗОР ГЛОБАЛЬНОЙ ТЕХНИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ

Видение – Мир без малярии			
Задачи	Основные этапы		Цели
	2020 г.	2025 г.	2030 г.
1. Сокращение уровней смертности от малярии во всем мире по сравнению с 2015 г.	≥40%	≥75%	≥90%
2. Сокращение показателей заболеваемости малярией во всем мире по сравнению с 2015 г.	≥40%	≥75%	≥90%
3. Ликвидация малярии в тех странах, где наблюдалась передача малярии в 2015 г.	Не менее 10 стран	Не менее 20 стран	Не менее 35 стран
4. Предупреждение возобновления передачи малярии во всех свободных от малярии странах	Возобновление передачи малярии предупреждено	Возобновление передачи малярии предупреждено	Возобновление передачи малярии предупреждено
<p>ПРИНЦИПЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Все страны могут активизировать усилия, направленные на ликвидацию малярии, приняв ряд мер с учетом местных условий. • Важнейшую роль в деле ускорения прогресса играют национальная ответственность и осуществление национального руководства с привлечением и участием различных сообществ в рамках многосекторального подхода. • Для оптимизации осуществления противомалярийных мероприятий необходимо усовершенствование эпиднадзора, мониторинга и оценки, а также стратификация программ по бремени малярии. • Важнейшее значение имеет равный доступ к услугам здравоохранения, особенно для наиболее уязвимых и труднодоступных групп населения. • Инновации в плане инструментария и подходов к реализации позволят странам добиться максимальных результатов в деле ликвидации малярии. 			
<p>СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ОСНОВА, которая включает три основных и два вспомогательных элемента: (1) инновации и исследования; и (2) укрепление благоприятных условий.</p>			

Максимальное повышение эффективности средств спасения жизней

- **Основной элемент 1.** Обеспечение всеобщего доступа к средствам профилактики, диагностики и лечения малярии
- **Основной элемент 2.** Активизация мер, направленных на ликвидацию малярии, и сохранение статуса территорий, свободных от малярии
- **Основной элемент 3.** Превращение эпидемиологического надзора за малярией в ключевое мероприятие

Вспомогательный элемент 1. Использование инноваций и расширение научных исследований

- Базисные исследования в целях ускоренного внедрения инноваций и разработки новых и усовершенствованных средств
- Исследования эффективности внедрения инноваций в целях оптимизации действия и экономической эффективности уже имеющихся средств и стратегий
- Меры в целях обеспечения ускоренного внедрения новых средств, мер и стратегий

Вспомогательный элемент 2. Укрепление благоприятных условий

- Надежные политические и финансовые обязательства.
- Многосекторальный подход, международное сотрудничество и сотрудничество между регионами.
- Ответственное руководство всей системой здравоохранения, включая частный сектор, при наличии устойчивой нормативной поддержки.
- Развитие потенциала для обеспечения как эффективного управления программой, так и эффективного проведения исследований.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

1. Малярию вызывают паразиты семейства *Plasmodium*, а ее переносчиком являются самки комаров *Anopheles*. Существует четыре различных вида паразитов, которые вызывают заболевание малярией у людей (*P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae* и *P. ovale*), из которых *P. falciparum* и *P. Vivax* являются наиболее распространенными, а *P. falciparum* – наиболее опасным. Вид *P. knowlesi* является плазмодием, переносящим зоонозные инфекции, который, как известно, способен инфицировать и людей.

2. Несмотря на то, что малярия поддается профилактике и излечению, она продолжает оказывать разрушительное воздействие на здоровье и источники существования людей во всем мире. По последним данным, в 2013 году риску заболевания подвергались около 3,2 миллиарда человек в 97 странах, территориях и районах и примерно 198 миллионов из них заболели (диапазон от 124 миллионов до 283 миллионов). В том же году от этой болезни умерло около 584 000 человек (диапазон от 367 000 до 755 000), в основном дети в возрасте до 5 лет из стран Африки к югу от Сахары¹. В большинстве стран, эндемичных по малярии, это заболевание намного чаще поражает бедные и обездоленные слои населения, которые

¹ World malaria report 2014. Geneva, World Health Organization, 2014.

имеют ограниченный доступ к медицинскому обслуживанию и зачастую не могут позволить себе рекомендованное лечение.

3. В период с 2001 по 2013 год значительное расширение масштабов мер по борьбе с малярией привело к сокращению на 47% показателей смертности от малярии во всем мире, что позволило предотвратить примерно 4,3 миллиона случаев смерти. В Африканском регионе ВОЗ показатели смертности от малярии среди детей до 5 лет снизились на 58%. В течение этого же периода общемировой показатель заболеваемости малярией сократился на 30%¹. Задача 6.С Цели тысячелетия в области развития 6, а именно «Остановить к 2015 году распространение малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости», уже была решена, а 55 из 106 стран, в которых в 2000 году продолжалась передача малярии, находятся на пути к достижению цели 75%-ного сокращения заболеваемости малярией к 2015 г., как предусмотрено Ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA58.2 о борьбе против малярии.

4. Несмотря на достигнутый прогресс, заболевание остается эндемическим во всех шести регионах ВОЗ, при этом максимальное бремя лежит на Африканском регионе, на который приходится около 90% всех случаев смерти от малярии. На две страны – Демократическую Республику Конго и Нигерию – приходится около 40% случаев смерти от малярии в мире. Миллионы людей во всем мире не имеют доступа к средствам профилактики и лечения малярии, а большинство выявленных случаев заболевания и смерти остаются незарегистрированными и не включаются в официальные доклады. С учетом прогнозируемого роста населения в мире к 2030 г. еще больше людей будет жить в странах, подверженных риску малярии, что возложит дополнительную нагрузку на системы здравоохранения и бюджеты национальных программ по борьбе с малярией.

НЕОБХОДИМОСТЬ В ТЕХНИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ НА ПЕРИОД ПОСЛЕ 2015 г.

5. В начале XXI века первостепенная важность борьбы против малярии как глобальной задачи в области здравоохранения была признана во всем мире. Этот факт положил конец периоду забвения, продолжавшемуся с 1960–х до начала 1990–х годов, и позволил обратить вспять резкий рост показателей заболеваемости и смертности из-за малярии. Для обеспечения дальнейшего снижения тенденций заболеваемости малярией необходимы твердая политическая приверженность, устойчивое и предсказуемое финансирование, а также более активное региональное сотрудничество. Мощные и согласованные глобальные ответные действия в сочетании с непрерывными инвестициями в научные исследования и разработки позволят избавиться от заболевания целые континенты и постепенно искоренить малярию во всем мире.

6. Несмотря на реализацию основных мероприятий, масштабы которых выросли за период с 2000 по 2014 год, достигнутые результаты характеризуются нестабильностью и неравномерным распределением. Численность жертв малярии и глобальный риск по-прежнему остаются недопустимо высокими. Во многих затронутых заболеванием странах основными препятствиями для прогресса являются социальная напряженность, конфликты и

¹ *World malaria report 2014*. Geneva, World Health Organization, 2014.

гуманитарные катастрофы. Недавняя вспышка болезни, вызванной вирусом Эбола, в Западной Африке, поразившая страны, в высокой степени эндемичные по малярии, оказала разрушительное воздействие на доставку основных медико-санитарных услуг, включая возможности для борьбы с малярией. Недавние вспышки малярии в странах, которые ранее являлись свободными от малярии, а также рост заболеваемости в странах, ранее добившихся существенного прогресса в плане сокращения показателей заболеваемости и смертности из-за малярии за прошлое десятилетие, говорят о сохранении угрозы возобновления передачи малярии и вспышек заболеваемости, а также о необходимой бдительности для обеспечения скорейшего выявления и незамедлительной изоляции регионов, в которых наблюдается передача малярии. Кроме того, на темпы передачи малярии окажут влияние ускорение темпов экономического развития и глобальные изменения условий окружающей среды, включая изменение климата, урбанизацию и обезлесение, в то время как прогнозируемый рост населения в регионах с высоким риском заболеваемости малярией будет требовать оптимального охвата необходимыми мерами.

7. Из-за связи между передачей малярии и климатом долговременные усилия по борьбе с малярией будут крайне чувствительны к глобальным климатическим изменениям. Ожидается, что – без смягчения – изменение климата приведет к возрастанию бремени малярии в некоторых районах мира, эндемичных по этой болезни, особенно в густонаселенных тропических высокогорных районах. Ожидается также, что возрастающие темпы экономического развития, урбанизация и обезлесение будут способствовать изменению динамики передачи инфекции, в то время как прогнозируемый рост численности населения в районах, где малярия представляет высокий риск, усилит необходимость в оптимизации охвата мерами вмешательства.

8. Меры по борьбе с малярией являются в высшей степени экономически эффективными, а также демонстрируют максимальную окупаемость вложений в сфере общественного здравоохранения. В странах, в которых это заболевание является эндемическим, меры, направленные на борьбу с малярией и ее ликвидацию, все чаще рассматриваются в качестве высокоэффективных стратегических инвестиций, обеспечивающих высокий уровень окупаемости вложений в сфере общественного здравоохранения, способствующих борьбе с бедностью и установлению равноправия, а также содействующих повышению общих темпов развития.

9. Мир достиг критического этапа в борьбе против малярии. Существуют возможность и срочная необходимость ускорить прогресс, сократив во всех странах заболеваемость и смертность и увеличив количество стран свободных от малярии территорий и регионов, а также определив подходы, направленные на сокращение передачи заболевания. Прогресс можно ускорить, существенно расширив уже осуществляемые мероприятия в результате повышения технической, финансовой и политической приоритетности борьбы против малярии, а также обеспечения в максимальной степени разработки и использования новых средств и решений.

10. Меры профилактики малярии и борьбы с ней содействуют устойчивому развитию и подкрепляются им. Цели снизить бремя заболевания и ликвидировать малярию тесно связаны с рядом целей в области устойчивого развития, которые закладываются на период после 2015 года. Широко известные последствия и факторы включают роль малярии в создании порочного круга бедности, повышенную заболеваемость ею уязвимых слоев

населения и групп с ограниченным доступом к медицинскому обслуживанию, а также пагубное влияние на обучение вследствие пропуска занятий в школе и когнитивных последствий хронической анемии.

11. Консультативный комитет по разработке политики в отношении малярии, учрежденный в 2011 году в целях предоставления независимых стратегических рекомендаций для ВОЗ касательно разработки стратегии по борьбе с малярией, рекомендовал Генеральному директору разработать проект глобальной технической стратегии по борьбе с малярией на период после 2015 года. Государства-члены выразили поддержку этим мерам на Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2013 году¹. Эта стратегия, принятая в мае 2015 г. Шестьдесят восьмой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в виде резолюции WHA68.2, сменила предыдущую глобальную стратегию ВОЗ по борьбе с малярией, которая была принята Конференцией на уровне министров по борьбе с малярией (Амстердам, Нидерланды, 1992 г.) в форме Всемирной декларации о борьбе с малярией. Принятие стратегии Ассамблеей здравоохранения закладывает основу для обеспечения ВОЗ надлежащего инструментария для поддержки достижения незавершенных Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем, что является одним из шести приоритетов ВОЗ в сфере руководства на период 2014–2019 годов².

12. **Возможности.** После 2000 г. восьми странам удалось ликвидировать малярию, а многие другие страны добились существенного снижения уровня передачи малярии. Знания, полученные благодаря этим мерам, будут полезными при разработке будущих программ. По всей видимости, в течение ближайших 15 лет определяющими будут следующие факторы: научно-технический прогресс; инновации в области медицины, вакцин и борьбы с переносчиками заболевания; а также совершенствование стратегий в плане доставки товаров широкого потребления. Ожидается, что некоторые из новых средств окажут существенное дополнительное влияние, и после утверждения их будет необходимо как можно скорее включить в состав национальных мер по борьбе с малярией.

13. **Проблемы.** Борьба с малярией продолжается, но в некоторых регионах прогресс замедляется вследствие ряда взаимосвязанных проблем. К наиболее серьезным из них относится нехватка надежного, предсказуемого и устойчивого финансирования на международном и внутреннем уровнях. Эта проблема усугубляется сложностями, связанными с обеспечением политической приверженности и регионального сотрудничества на самом высоком уровне. Еще одной важной проблемой являются биологические факторы: развитие устойчивости паразитов к противомаларийным препаратам и устойчивости комаров к инсектицидам. Серьезную угрозу представляет собой возможность существенного ослабления эффективности мер по борьбе с малярией и вероятность сдачи позиций, завоеванных в последние годы.

¹ См. протоколы Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, одиннадцатое заседание Комитета А, раздел 1. (документ WHA66/2013/REC/3).

² См. Двенадцатую общую программу работы на 2014-2019 гг., которая доступна на веб-сайте (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112792/1/GPW_2014-2019_eng.pdf (по состоянию на 10 марта 2015 г.)).

14. К другим проблемам, требующим внимания в целях ускорения прогресса, относятся сложности системного и технического характера. К ним относятся: неэффективная работа систем здравоохранения, например неэффективный контроль цепочек поставок и нерегулируемый частный сектор здравоохранения во многих странах, что допускает применение неэффективных противомаларийных препаратов или средств борьбы с переносчиками; слабые системы эпиднадзора, мониторинга и оценки, что ослабляет возможность отслеживания недостатков программы и изменений в плане бремени заболевания; нехватка надлежащих технических и людских ресурсов для поддержки и развертывания деятельности; непропорционально высокий риск заболевания малярией среди труднодоступных групп населения, включая профессиональные группы с повышенным риском, мигрантов, лиц, пострадавших от гуманитарных катастроф, а также сельские общины с ограниченным доступом к услугам здравоохранения; а также нехватка средств надлежащей диагностики и эффективного лечения инфекций, вызываемых *P. vivax* и другими паразитами, отличными от вида *P. falciparum*.

15. Еще одной важной проблемой является тот факт, что у многих людей, инфицированных переносчиками малярии, заболевание протекает бессимптомно, в связи с чем такие случаи остаются невыявленными и «невидимыми» для системы здравоохранения. Кроме того, в некоторых регионах плотность паразитемии является настолько низкой по сравнению с численностью населения, что не поддается определению при использовании современных штатных диагностических средств. Такие лица невольно вносят свой вклад в передачу малярии. Если стратегии по контролю и ликвидации малярии окажутся успешными в будущем, они должны учитывать столь крупный «резервуар инфекционных паразитов». Разработка и доступность новых средств и подходов, ожидаемых в течение следующего десятилетия, будет способствовать выявлению и целенаправленным действиям в отношении такого резервуара, а также исключению плазмодиев из числа бессимптомных переносчиков.

16. Возникновение лекарственной устойчивости и устойчивости к инсектицидам вызывает дополнительные сложности биологического характера, которые необходимо учитывать в рамках национальных программ по борьбе с малярией. В некоторых частях мира имеющиеся препараты или средства борьбы с переносчиками не позволяют обеспечить эффективную защиту от болезни в связи с разнообразием переносчиков малярии и различиями в их поведении. В странах, в которых распространены и *P. falciparum*, и *P. vivax*, бремя заболевания вследствие инфицирования паразитами *P. vivax* является более тяжелым, поскольку эти паразиты образуют в печени дремлющие формы (гипнозоиты), которые в настоящее время не поддаются обнаружению, что вызывает рецидивы и способствует передаче заболевания. Кроме того, инфицирование человеческого организма такими переносчиками зоонозные инфекции плазмодиями, как *P. knowlesi*, представляет собой новые проблемы в плане контроля и ликвидации малярии.

17. Данная техническая стратегия закладывает основу для разработки специальных программ по ускорению прогресса в направлении ликвидации малярии. Эта основа станет фундаментом для стратегии национальных и субнациональных программ по борьбе с малярией. В данном проекте четко очерчен амбициозный план по контролю и ликвидации малярии в течение ближайших 15 лет для стран, эндемичных по малярии, а также для их глобальных партнеров. В нем подчеркнута необходимость всеобщего охвата всех подверженных риску групп населения основными мероприятиями и важность применения высококачественных данных эпиднадзора в процессе принятия решений для приведения

целенаправленных мер в соответствии с национальными и субнациональными целями. В стратегии определены цели, для достижения которых важную роль будут играть инновационные решения. В ней обобщены ожидаемые расходы на реализацию стратегии и приведена оценка расходов на проведение научных исследований по разработке новых инновационных средств.

ПРОЦЕДУРА РАЗРАБОТКИ СТРАТЕГИИ

18. Получив поддержку со стороны государств-членов во время Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения для разработки глобальной стратегии по борьбе с малярией на период после 2015 г., Секретариат провел семь региональных консультаций¹. Были получены мнения более 400 экспертов, представляющих национальные программы по борьбе с малярией, министерства здравоохранения, научно-исследовательские организации и партнеров-исполнителей. Этот процесс под руководством Секретариата получил поддержку как со стороны Консультативного комитета по разработке политики в отношении малярии, так и со стороны специального Руководящего комитета по вопросам глобальной технической стратегии в составе ведущих экспертов по малярии, ученых и представителей стран, где малярия является эндемическим заболеванием, которые внесли существенный дополнительный вклад в подготовку исходного проекта документа. По результатам этих консультаций Секретариат подготовил пересмотренный проект для проведения консультации в режиме онлайн с 11 июля по 15 августа 2014 года.

ВИДЕНИЕ, ЦЕЛИ И ПРИНЦИПЫ

19. Видение ВОЗ и глобального сообщества по борьбе с малярией заключается в полном избавлении мира от малярии. В рамках этого видения в стратегии предусмотрены амбициозные, но осуществимые глобальные целевые показатели на период до 2030 г., с основными этапами для оценки прогресса на период до 2020 г. и 2025 года. Разные страны определяют свои собственные национальные и субнациональные целевые показатели, которые могут отличаться от глобальных. Цели, этапы и целевые показатели приведены в Таблице 1.

Таблица 1. Цели, этапы и целевые показатели в глобальной технической стратегии по борьбе с малярией на 2016–2030 гг.

Видение – мир без малярии			
Цели	Основные этапы		Целевые показатели
	2020 г.	2025 г.	2030 г.
1. Сокращение уровней смертности от малярии во всем мире по сравнению с 2015 г.	≥40%	≥75%	≥90%

¹ См. отчеты о совещаниях в документе WHO Global Malaria Programme, Global Technical Strategy. Geneva: World Health Organization, 2014.

2. Сокращение показателей заболеваемости малярией во всем мире по сравнению с 2015 г.	≥40%	≥75%	≥90%
3. Ликвидация малярии в тех странах, где наблюдалась передача малярии в 2015 г.	Не менее 10 стран	Не менее 20 стран	Не менее 35 стран
4. Предупреждение возобновления передачи малярии во всех свободных от малярии странах	Возобновление передачи малярии предупреждено	Возобновление передачи малярии предупреждено	Возобновление передачи малярии предупреждено

20. Указанные цели относятся ко всем типам малярии у людей и были разработаны по итогам обзора (1) целевых показателей национальных программ по борьбе с малярией, предусмотренных национальными стратегическими планами; (2) показателей снижения числа случаев заболевания и смертности от малярии с 2000 по 2012 год по данным ВОЗ; и (3) результатов математического моделирования передачи малярии возбудителем *P. falciparum* для оценки потенциального влияния различных комбинаций рекомендованных мер в период с 2016 по 2030 год.

21. Из моделирования следует, что при сохранении охвата противомаларийных мероприятий на текущем уровне, заболеваемость может умеренно возрасти из-за частичной утраты иммунитета к малярии среди популяций, в которых интенсивность передачи существенно снизилась. Тем не менее, такого увеличения и его последствий можно избежать благодаря согласованным усилиям по оптимальному использованию имеющихся в настоящее время средств, в частности средств борьбы с переносчиками, при условии охвата групп риска на уровне выше 80%, что может существенно снизить уровень заболеваемости и смертности от малярии. Поскольку достижение такого охвата будет затруднено в оперативном плане, для ликвидации передачи малярии в районах, где она является высокой, потребуются дальнейшие инновации в инструментарии и подходах; они также необходимы на территориях и в отношении групп населения, которые сегодня сложно охватить текущими мероприятиями.

22. В основу технической стратегии по борьбе с малярией положены пять принципов. Все страны могут активизировать усилия в направлении ликвидации малярии с помощью комплексов мер, учитывающих местные условия. Важную роль в ускорении прогресса в рамках многосекторального подхода играют сопричастность и лидерство стран при вовлечении и участии местных сообществ. Для оптимизации осуществления противомаларийных мероприятий необходимо улучшить эпиднадзор, мониторинг и оценки, а также стратификацию с учетом бремени малярии. Важнейшее значение имеет равный доступ к услугам здравоохранения, особенно для наиболее уязвимых и труднодоступных групп населения. Наконец, инновации в плане инструментария и подходов к реализации позволят странам добиться максимального прогресса на пути ликвидации малярии.

ПУТЬ К ЛИКВИДАЦИИ МАЛЯРИИ

23. Переход к статусу территории, свободной от малярии, является непрерывным процессом, а не последовательностью из независимых этапов. Разные страны, субнациональные регионы и сообщества находятся на разных этапах пути к ликвидации малярии, и показатели прогресса в различных странах или субнациональных регионах отличаются друг от друга и зависят от уровня инвестиций, биологических факторов (имеющих отношение к затронутым популяциям, паразитам и переносчикам), условий окружающей среды, эффективности систем здравоохранения, а также от социальных, политических и экономических условий.

24. Риск малярии существенно варьируется на всех уровнях эндемичности внутри определенной страны или региона, а одинаковые стратегии не всегда применимы для всех условий на территории одной и той же страны. По мере увеличения охвата территории мерами и снижения заболеваемости малярией также возрастает неоднородность показателей заболеваемости и уровня передачи малярии. Ключевой подход к оптимизации мероприятий по борьбе с малярией внутри определенной страны состоит в структуризации программ по бремени малярии на основе анализа исторических данных о заболеваемости малярией, факторов риска, связанных с людьми – носителями заболевания, паразитами, переносчиками и условиями окружающей среды, в сочетании с анализом доступности медицинского обслуживания.

25. Эффективность национальных систем здравоохранения и их адаптируемость к новым возможностям являются двумя из ключевых факторов, определяющих темпы продвижения по пути к ликвидации малярии. Поскольку программы по борьбе с малярией позволяют сократить уровень передачи малярии до низкого или крайне низкого уровня, основной акцент таких программ должен быть смещен с профилактики, выявления и лечения клинических случаев к профилактике, выявлению и лечению каждого случая инфицирования малярией. Такое изменение требует укрепления и непрерывной работы систем эпидемиологического и энтомологического надзора, а это требование может быть выполнено только при наличии значительного долгосрочного финансирования и политической приверженности, а также при условии существенных структурных и организационных изменений программ по борьбе с малярией.

26. Первоочередной задачей для всех стран с высокими или умеренными уровнями передачи малярии является обеспечение максимального снижения показателей заболеваемости и смертности посредством обеспечения всеобщего доступа к качественным и надлежащим мерам по борьбе с переносчиками, диагностике и противомалярийным препаратам в сочетании с реализацией всех рекомендованных ВОЗ профилактических мероприятий в соответствии с эпидемиологическими показателями. Такие меры должны осуществляться при поддержке эффективных систем эпиднадзора, надежных систем энтомологического надзора и систем контроля эффективности лекарственных средств, а также надежных программ связи с органами общественного здравоохранения и программ по изменению поведения.

27. В странах, в которых вероятность передачи малярии остается высокой, оптимальная реализация всех надлежащих мер приведет к выраженному снижению показателей заболеваемости и смертности, однако этих усилий может оказаться недостаточно для

ликвидации малярии. В таких условиях необходимы дополнительные меры для ускорения продвижения к цели. На этапе разработки находится ряд новых средств, которые могут стать доступными в течение ближайших 5–10 лет (см. пункты 79–95 об использовании инноваций и расширении исследований).

28. После того как в результате осуществления программ уровень передачи малярии станет крайне низким, необходимо оценить техническую, операционную и финансовую возможность ликвидации малярии, а также программные возможности, включая возможность систем надзора отслеживать и вести каждый случай инфицирования малярией, что необходимо для ликвидации всех случаев инфицирования малярией. Помимо местных условий, доступных ресурсов и уровня готовности, также следует принимать во внимание условия в соседних странах и риск распространения инфекций через границы стран.

29. По мере того как программы позволяют приблизиться к ликвидации заболевания или помогают предотвращать возобновление передачи малярии, все случаи инфицирования малярией подлежат выявлению и ведению со стороны системы здравоохранения в целом (включая как государственный, так и частный сектор), а также подлежат обязательной регистрации в национальном реестре малярии. Пациенты, у которых была диагностирована малярия, должны незамедлительно пройти курс лечения эффективными противомаларийными препаратами, чтобы избежать смертельных исходов, которые можно предотвратить, а также для снижения вероятности дальнейшей передачи заболевания в сообществе. Кроме того, необходимо поддерживать в действии системы энтомологического надзора в целях внедрения или изменения надлежащих мероприятий по борьбе с переносчиками заболевания по мере необходимости.

СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ОСНОВА

30. В целях ускоренного продвижения к ликвидации малярии ВОЗ призывает затронутые заболеванием страны и глобальное сообщество по борьбе с малярией обеспечить максимальную эффективность имеющихся средств и стратегий по спасению жизней. До тех пор, пока не появятся новые улучшенные средства и подходы, будет сохраняться насущная потребность в принятии и расширении всех стратегий, рекомендованных ВОЗ, чтобы повысить эффективность мер реагирования и положить конец смертельным исходам по причине малярии, которые можно предотвратить. Стратегия базируется на трех основных и двух вспомогательных элементах, которые определяют направление глобальных усилий на пути продвижения к ликвидации малярии. Эти элементы описаны ниже.

31. **Основной элемент 1. Обеспечение всеобщего доступа к средствам профилактики, диагностики и лечения малярии.** Комплекс основных мероприятий, рекомендованных ВОЗ (а именно, качественные меры по борьбе с переносчиками, химиопрофилактика, диагностическое тестирование и лечение), способен существенно снизить заболеваемость и смертность. На территориях с умеренным и высоким уровнем передачи малярии обеспечение всеобщего доступа для групп риска к необходимым мерам должно стать главной целью национальных программ по борьбе с малярией. Мерилом успеха является сокращение уровня заболеваемости малярией и показателей смертности от малярии. Рекомендациями ВОЗ предусмотрена реализация двух взаимно дополняющих групп мер: (1) стратегии профилактики на основе мер по борьбе с переносчиками, а при определенных показателях

передачи и в некоторых группах населения – введение химиопрофилактики; и (2) всеобщая диагностика и незамедлительное эффективное лечение малярии в учреждениях государственного и частного секторов здравоохранения и на уровне сообществ. Структуризация программ в зависимости от стратификации программ по бремени малярии и на основе анализа исторических данных о заболеваемости малярией, факторов риска, связанных с людьми – носителями заболевания, паразитами, переносчиками и условиями окружающей среды, в сочетании с анализом доступности медицинского обслуживания позволит адаптировать мероприятия к местным условиям и обеспечить эффективное использование ресурсов.

32. Основной элемент 2. Активизация мер, направленных на ликвидацию малярии и сохранение статуса территорий, свободных от малярии. Страны должны активизировать меры, направленные на снижение дальнейшей передачи новых инфекций в определенных географических регионах, особенно в районах с низкими показателями передачи заболевания. Помимо основных мер, достижение этой цели потребует целенаправленной борьбы с паразитами и переносчиками в определенных очагах передачи заболевания в сочетании с активным выявлением случаев заболевания и расследования таких случаев в рамках программы эпиднадзора и борьбы с малярией. В некоторых районах ликвидация малярии может требовать применения профилактических лекарственных средств или других возможных новых подходов к уничтожению резервуара инфекции, как только такие подходы будут рекомендованы ВОЗ. Крайне важно разработать и внедрить инновационные решения для борьбы с распространением устойчивости к инсектицидам и остаточной передачей малярии, а также контроля гипнозоитных резервуаров *P. vivax*.

33. Основной элемент 3. Превращение эпидемиологического надзора за малярией в ключевое мероприятие. Укрепление эпидемиологического надзора является основой планирования и реализации программ и критическим фактором ускорения прогресса. Все страны, в которых малярия является эндемическим заболеванием, а также страны, в которых возможно возобновление передачи малярии, должны располагать эффективной системой управленческой информации в сфере здравоохранения, чтобы оказывать содействие национальным программам по борьбе с малярией в плане направления ресурсов в адрес наиболее затронутых групп населения, выявления пробелов в охвате программ, выявления вспышек и обеспечения доступа к результатам проведенных мероприятий для внесения изменений в программы. В случае крайне низкого уровня передачи малярии органы эпиднадзора должны инициировать принятие дифференцированных на местном уровне мер реагирования на каждую из выявленных инфекций, выявлять пробелы в охвате программ, отслеживать снижение эффективности используемых средств или снижение частоты вспышек.

34. Вспомогательный элемент 1. Использование инноваций и расширение научных исследований. В дополнение к трем основным элементам страны, эндемичные по малярии, а также глобальное сообщество по борьбе с малярией должны использовать инновации и расширять масштабы фундаментальных и клинических исследований и исследований эффективности внедрения. Успешные инновации в сфере разработки продукции и оказания услуг вносят основной вклад в ускорение прогресса. Фундаментальные исследования важны для получения более полных знаний о паразитах и переносчиках, разработки более

эффективных диагностических мер и препаратов, улучшенных и инновационных методов борьбы с переносчиками, а также других средств борьбы, например вакцин. Исследования эффективности внедрения будут играть основную роль в достижении оптимальных результатов и повышении экономической эффективности, а также содействию быстрому внедрению среди групп риска.

35. Вспомогательный элемент 2. Укрепление благоприятных условий. Твердая политическая приверженность, надежное финансирование и расширение межотраслевого сотрудничества являются ключевыми факторами дальнейшего прогресса. В целях оптимизации национальных мероприятий по борьбе с малярией важную роль также играет общее укрепление систем здравоохранения при наличии благоприятных условий. Сильные системы здравоохранения (как в государственном, так и в частном секторе) необходимы для снижения бремени заболевания и устранения возможностей для дальнейшей передачи паразитов, а также способствуют принятию и внедрению новых средств и стратегий в максимально сжатые сроки. В свою очередь, расширение масштабов деятельности по борьбе с малярией может стать отправной точкой для укрепления систем здравоохранения, включая программы по охране здоровья матери и ребенка и оказанию лабораторных услуг, а также для повышения эффективности информационных систем в сфере здравоохранения и в сфере эпидемиологического и энтомологического надзора. Наконец, для достижения видения, целей и этапов, предусмотренных данной стратегией, важны расширение прав и возможностей отдельных сообществ, укрепление потенциала и дополнительный надзор в целях обеспечения учреждений здравоохранения высококвалифицированным персоналом и создания законодательной базы.

ТРИ ОСНОВНЫХ ЭЛЕМЕНТА СТРАТЕГИИ

Основной элемент 1. Обеспечение всеобщего доступа к средствам профилактики, диагностики и лечения малярии.

36. Комплекс основных мер, рекомендованных ВОЗ для предотвращения инфицирования и снижения заболеваемости и смертности, включает в себя меры по борьбе с переносчиками, химиопрофилактику, диагностическое тестирование и лечение. Эти элементы подробно описаны в следующих пунктах.

Борьба с переносчиками

37. *Обеспечение максимальной эффективности борьбы с переносчиками.* Борьба с переносчиками является важным компонентом борьбы с малярией и ее ликвидации. Способность переносчиков передавать паразитов, а также их восприимчивость к мерам по борьбе с переносчиками зависят от вида комаров и местных экологических факторов. Борьба с переносчиками должна реализовываться на основе местных эпидемиологических и энтомологических данных. В настоящее время двумя основными мерами борьбы с переносчиками, получившими широкое распространение, являются сетки, обработанные

инсектицидами длительного действия, и распыление в жилых помещениях инсектицидов остаточного действия¹.

38. Национальные программы по борьбе с малярией должны обеспечивать защиту людей, проживающих на территориях с высоким риском заболевания малярией, посредством предоставления, использования и своевременной замены сеток, обработанных инсектицидами длительного действия, или, если это уместно, распыления в жилых помещениях инсектицидов остаточного действия. Второе основное мероприятие не должно применяться вместо первого в качестве компенсации недостатков, связанных с реализацией первой меры². Тем не менее, распыление также может использоваться в определенных ситуациях для профилактики или снижения устойчивости на территориях, где сетки применяются повсеместно, но такое решение должно приниматься с учетом местных данных. При совместном использовании этих двух мер для распыления следует использовать инсектицид другого принципа действия, отличного от принципа действия инсектицида, применяемого для сеток. В конкретных районах могут использоваться дополнительные методы, например, для уничтожения личинок паразитов, если водные места обитания комаров являются немногочисленными, неизменными и легко поддаются обнаружению³. Для эффективного планирования, применения и мониторинга средств для уничтожения личинок паразитов требуется наличие специализированных ресурсов, которые в настоящее время отсутствуют в большинстве программ по борьбе с малярией. Этот потенциал необходимо создать.

39. Имеется множество примеров того, как передача малярии паразитами продолжается даже в том случае, когда обеспечен полный охват сетками, обработанными инсектицидами, или средствами для распыления⁴. Чтобы обеспечить оптимальное воздействие этих мер, программы должны обеспечивать выявление и восприимчивость переносчиков к применяемым инсектицидам. Сетки, обработанные инсектицидами длительного действия, помогают бороться с ночными комарами и комарами, кусающими внутри помещений, в то время как инсектициды остаточного действия, распыляемые внутри помещений, воздействуют на комаров, находящихся в помещении в состоянии покоя. Это означает, что на комаров, которые кусают ранним вечером или находятся снаружи помещений (в активном состоянии или в покое), эти наиболее распространенные меры не действуют, что приводит к остаточной передаче малярии. Передача заболевания может продолжаться, когда люди находятся вдали от дома или не пользуются сетками, в любое время и в любом месте,

¹ WHO recommendations for achieving universal coverage with long-lasting insecticidal nets in malaria control, September 2013 (пересмотрены в марте 2014 г.). Geneva: World Health Organization, 2013. An operational manual for indoor residual spraying (IRS) for malaria transmission, control and elimination. Geneva: World Health Organization; 2013.

² WHO guidance for countries on combining indoor residual spraying and long-lasting insecticidal nets. Geneva: World Health Organization; 2014.

³ WHO interim position statement: the role of larviciding for malaria control in sub-Saharan Africa. Geneva: World Health Organization, 2012. Larval source management – a supplementary measure for malaria vector control: an operational manual. Geneva: World Health Organization, 2013.

⁴ Control of residual malaria parasite transmission: guidance note. Имеется по адресу: <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/technical-note-control-of-residual-malaria-parasite-transmission-sep14.pdf> (по состоянию на 10 марта 2015 г.).

которое предпочитают переносчики малярии. Чтобы обеспечить максимальное воздействие современных средств борьбы с переносчиками в надлежащих условиях, страны должны внедрять такие средства эффективно и без ущерба для качества в случае ненадлежащего внедрения или применения не отвечающей стандартам продукции.

40. *Обеспечение надлежащего энтомологического надзора и мониторинга.* Для обеспечения эффективной борьбы с переносчиками в состав национальных систем эпиднадзора необходимо включить системы энтомологического надзора и мониторинга за охватом и воздействием мероприятий по борьбе с переносчиками. Борьба с переносчиками должна проводиться на основе местных эпидемиологических и энтомологических данных, включая устойчивость к инсектицидам и повадки переносчиков. Страны должны собирать данные по всем районам, включая территории, свободные от малярии, но подверженные риску возобновления передачи малярии.

41. Энтомологический надзор должен включать периодические оценки имеющихся видов переносчиков, их численности и сезонного характера распространения, времени и мест укусов, предпочтений в плане состояния покоя и организмов-носителей (повадки переносчиков), статуса восприимчивости к инсектицидам и основных механизмов устойчивости в целях прогнозирования уязвимости к мерам воздействия. Также важен плановый мониторинг охвата и воздействия мероприятий, физического состояния сеток, обработанных инсектицидами длительного действия, фактического использования сеток и их полезности с точки зрения конечных пользователей, а также остаточного действия инсектицидов. Полученные данные следует использовать, принимая решения по срокам распыления, оказания помощи при разработке стратегий по замене сеток и руководства в плане разработки и развертывания различных средств, включая внесение изменений в информационные мероприятия.

42. *Контроль устойчивости к инсектицидам и остаточной передачи заболевания.* Несмотря на то, что основные меры борьбы с переносчиками сохраняют свою эффективность в большинстве областей применения, рост физиологической устойчивости комаров к инсектицидам в сочетании с повадками переносчиков и факторами, связанными с поведением человека, которые способствуют дальнейшей передаче заболевания, остаются основными проблемами, требующими принятия незамедлительных и согласованных мер. Если этот аспект оставить без внимания, то устойчивость к инсектицидам может привести к существенному росту заболеваемости и смертности от малярии, что окажет пагубное воздействие на систему общественного здравоохранения. Все страны, эндемичные по малярии, включая страны, в которых устойчивость пока еще не выявлена, должны разработать и воплотить в жизнь планы мониторинга и контроля устойчивости к инсектицидам¹. Стратегическое использование имеющихся средств способствует сохранению их эффективности. Методы контроля устойчивости включают в себя применение инсектицидов с различными принципами действия с периодическим чередованием (ротацией) распыления инсектицидов остаточного действия, распыляемых внутри помещений, или принятие нескольких согласованных между собой мер. Проблемы,

¹ WHO Global Malaria Programme. *Global plan for insecticide resistance management in malaria vectors*. Geneva: World Health Organization, 2012. Test procedures for insecticide resistance monitoring in malaria vector mosquitoes. Geneva: World Health Organization, 2013.

связанные с особенностями поведения переносчиков, которые снижают эффективность основных мер, следует решать при помощи новых средств. Стоимость продукции для борьбы с переносчиками является основным препятствием при реализации стратегий, направленных на профилактику и устранение устойчивости к инсектицидам, а также на сокращение уровня остаточной передачи заболевания. Страны должны как можно точнее прогнозировать требования к продукции для борьбы с переносчиками и осуществлять совместные закупки. Такие меры должны повышать уверенность производителей, способствовать стабилизации рынка, вести к снижению цен и стимулировать инновации.

43. *Расширение возможностей в целях борьбы с переносчиками на основе фактических данных.* Для эффективного осуществления и мониторинга мер борьбы с переносчиками национальные программы по борьбе с малярией должны предусматривать инвестиции в людские ресурсы, а также организационное и инфраструктурное развитие в целях расширения возможностей для получения и анализа важнейших данных¹. Необходимо разработать долгосрочный стратегический план устойчивого развития людских ресурсов и создания структур и систем подготовки кадров в целях оптимального осуществления мер борьбы с переносчиками. Такие возможности способствуют осуществлению всех мероприятий по борьбе с малярией и ликвидации малярии, а также предотвращению возобновления передачи заболевания.

44. *Осуществление борьбы с переносчиками малярии в контексте комплексной борьбы с переносчиками инфекции.* Для обеспечения максимального воздействия мер по борьбе с переносчиками малярии, включая поддержание надлежащего энтомологического надзора и мониторинга, принятие мер в отношении устойчивости к инсектицидам и расширение возможностей для борьбы с переносчиками инфекции на основе фактических данных, национальные программы по борьбе с малярией должны применять принципы комплексной борьбы с переносчиками инфекции. Комплексная борьба с переносчиками инфекции – это рациональный процесс принятия решений в целях оптимального использования ресурсов для борьбы с переносчиками. Она направлена на улучшение действенности, эффективности с точки зрения затрат, экологической рациональности и устойчивости борьбы с переносчиками болезней и, в конечном итоге, нацелена на предотвращение передачи трансмиссивных болезней. Страны должны разработать и осуществлять национальные планы комплексной борьбы с переносчиками инфекции в качестве составной части своих более широких стратегий борьбы с малярией. Поскольку в борьбе с переносчиками инфекции участвуют разные сектора, странам следует также усилить межсекторальную координацию для получения максимальной отдачи.

Химиопрофилактика

45. *Расширение профилактической терапии для профилактики заболевания среди наиболее уязвимых групп населения.* Стратегии профилактической терапии являются ключевыми элементами многосторонней стратегии, направленной на сокращение бремени и

¹ WHO guidance note on capacity building in malaria entomology and vector control. Имеется по адресу: (http://www.who.int/malaria/publications/atoz/who_guidance_capacity_building_entomology.pdf (по состоянию на 10 марта 2015 г.).

снижение уровня передачи заболевания, и требуют существенного расширения для того, чтобы помочь странам сократить бремя малярии. Такие меры подавляют имеющиеся в настоящее время инфекции и предотвращают последствия паразитемии, включая заболевания и смерть. Стратегии профилактической терапии могут быть различными и зависят от уровня передачи заболевания и уровня устойчивости паразитов к противомалярийным препаратам в определенном регионе.

46. К рекомендованной ВОЗ профилактической терапии против малярии в настоящее время относится интермиттирующая профилактическая терапия среди беременных женщин и младенцев, а также сезонная химиопрофилактика среди детей в возрасте до 5 лет¹. Эти мероприятия рекомендуются в районах со средним и высоким уровнем передачи малярии в странах Африки к югу от Сахары, а сезонная химиопрофилактика малярии рекомендуется лишь в районах с высоким сезонным уровнем передачи малярии в субрегионе Сахеля. В настоящее время доступны стратегии профилактической терапии против малярии, вызываемой паразитами *P. falciparum*, и такие стратегии должны быть разработаны в отношении других типов малярии у людей.

47. *Защита всех неиммунизированных путешественников и мигрантов.* Химиопрофилактика представляет собой введение через равные промежутки времени субтерапевтических доз противомалярийных препаратов, которых достаточно для профилактики заболевания малярией. Химиопрофилактику проводят лицам, подверженным высокому риску заболевания малярией, в сочетании с рекомендациями относительно снижения риска укусов переносчиками, в частности неиммунизированным путешественникам, которые в наибольшей степени восприимчивы к заболеванию и смерти от малярии. Эта мера также показана путешественникам, прибывающим из свободных от малярии территорий на территории с высоким риском заболевания малярией.

Диагностическое тестирование и лечение

48. *Обеспечение всеобщего диагностического тестирования для всех случаев предполагаемой малярии.* Всем пациентам с предполагаемой малярией проводят диагностику такими методами выявления паразитов, как качественная микроскопия или диагностический экспресс-тест. Медицинские учреждения государственного и частного секторов должны подтвердить диагноз, прежде чем назначить противомалярийное лечение. Все подтвержденные случаи заболевания подлежат мониторингу и регистрации в системе эпиднадзора в целях планирования программ. Обеспечение всеобщего диагностического тестирования позволит снизить избыточное использование комбинированной терапии на

¹ Updated WHO policy recommendation: intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy using sulfadoxine-pyrimethamine (IPTp-SP), Geneva: World Health Organization, 2012. WHO policy recommendation on intermittent preventive treatment during infancy with sulphadoxine-pyrimethamine (SP-IPTi) for *Plasmodium falciparum* malaria control in Africa. Geneva: World Health Organization, 2010. WHO policy recommendation: seasonal malaria chemoprevention (SMC) for *Plasmodium falciparum* malaria control in highly seasonal transmission areas of the Sahel sub-region in Africa. Geneva: World Health Organization, 2013.

основе артемизинина (терапия первой линии по поводу малярии без осложнений) и сократить воздействие препаратов на паразитов¹.

49. Расширенное диагностическое тестирование обеспечит своевременные и точные данные по эпиднадзору на основе подтвержденных, а не предполагаемых случаев заболевания. Кроме того, эти меры позволят улучшить выявление и ведение многих немалярийных лихорадочных заболеваний, которые зачастую относят к малярии исключительно по причине наличия лихорадочного состояния. Расширение доступа к незамедлительному диагностическому тестированию отстает от профилактических мероприятий по борьбе с переносчиками, однако укрепление систем диагностики и лечения во всех случаях поможет сократить уровень заболеваемости и смертности от малярии. ВОЗ признает тот факт, что для безопасного и эффективного тестирования и действенного лечения малярии, вызываемой паразитами *P. vivax*, в настоящее время требуются два диагноза: наличия паразитов *P. vivax* и дефицита глюкозы-6-фосфатдегидрогеназы.

50. *Предоставление лечения гарантированного качества для всех пациентов.* Обеспечение всеобщего доступа к рекомендованным ВОЗ противомаларийным препаратам при любых уровнях передачи является критически важным условием для предотвращения перехода от неосложненной малярии к серьезному заболеванию и смерти. После подтверждения диагноза каждому пациенту с неосложненной малярией, вызванной паразитами *P. Falciparum*, назначают комбинированную терапию на основе артемизинина гарантированного качества. На территориях, на которых распространены паразиты *P. vivax*, восприимчивые к хлорохину, пациентам с неосложненной малярией, вызванной паразитами, отличными от вида *P. falciparum*, назначают либо хлорохин, либо комбинированную терапию на основе артемизинина, эффективность которой подтверждена в данном районе. В дополнение к комбинированной терапии на основе артемизинина или хлорохину всем небеременным взрослым и детям без дефицита глюкозы-6-фосфатдегидрогеназы, инфицированным паразитами *P. vivax* или *P. ovale*, назначают курс лечения примахином продолжительностью 14 дней, чтобы предотвратить будущие рецидивы. Каждому пациенту с острой малярией, вызванной паразитами *P. falciparum*, *P. vivax* или *P. knowlesi*, назначают парентеральное лечение артесульфатом или артеметером, а далее – полный пероральный курс комбинированной терапии на основе артемизинина. Острая малярия требует срочного медицинского вмешательства, и ВОЗ предоставила странам подробные рекомендации по этому поводу².

51. Программы по борьбе с малярией должны предусматривать национальные рекомендации по лечению с учетом местных особенностей в плане устойчивости к противомаларийным препаратам и возможностей системы здравоохранения. Страны должны выбирать рекомендованную ВОЗ комбинированную терапию на основе артемизинина, поскольку именно этот вид лечения продемонстрировал эффективность свыше 95% по результатам мониторинга терапевтической эффективности в ряде местных медицинских

¹ Universal access to malaria diagnostic testing: an operational manual, 2011. Geneva: World Health Organization, 2011.

² См. публикации WHO. Guidelines for the treatment of malaria, second edition. Geneva: World Health Organization, 2015 и Management of severe malaria: a practical handbook, third edition. Geneva: World Health Organization, 2013.

учреждений. Настоятельно рекомендовано использование препаратов с фиксированной комбинацией доз (соединение двух различных действующих веществ в составе одной таблетки), поскольку они способствуют соблюдению курса лечения и снижают вероятность неправильного использования препаратов, доступных в форме двух разных препаратов в одной блистерной упаковке. Запрещается использовать пероральную монотерапию на основе артемизинина при лечении неосложненной малярии, поскольку такая терапия может способствовать развитию устойчивости к артемизинину.

52. *Расширение масштабов проведения диагностического тестирования и лечения в сообществах.* Подготовка и широкое использование труда медико-санитарных работников и волонтеров из сообществ может существенно дополнить и расширить охват услугами, оказываемыми органами общественного здравоохранения, особенно в сельских районах, где инфраструктура системы здравоохранения, как правило, является самой слабой, а уровень передачи малярии – самым высоким. Стратегическое использование деятельности общинных медико-санитарных работников и волонтеров по профилактике малярии и уходу позволяет не только компенсировать недостатки системы здравоохранения, но и обеспечивает предоставление непрерывного ухода наиболее уязвимым группам населения. Национальные программы по борьбе с малярией должны расширять практику комплексного лечения малярии, пневмонии и диареи на уровне сообществ, при этом основное внимание должно уделяться детям в возрасте до 5 лет.

53. *Мониторинг безопасности и эффективности противомалярийных препаратов и контроль устойчивости к противомалярийным препаратам.* Усиленный фармаконадзор и эпиднадзор за эффективностью противомалярийных препаратов крайне важны для выявления непредвиденных побочных явлений и случаев снижения эффективности, чтобы можно было выбирать наиболее приемлемые комбинации препаратов в рамках национальных стратегий терапии. Страны должны каждые два года проводить мониторинг эффективности противомалярийной терапии первой линии (против малярии, которую вызывают паразиты *P. falciparum* и *P. vivax*) с использованием стандартного протокола ВОЗ в отношении исследований терапевтической эффективности¹. Если показатели неэффективности лечения превышают 10%, необходимо внесение незамедлительных изменений в национальную стратегию борьбы с малярией. В настоящее время комбинированная терапия на основе артемизинина остается высокоэффективной при условии сохранения эффективности дополнительных препаратов. Тем не менее, следует соблюдать осторожность, поскольку появление устойчивости к артемизинину повышает риск возникновения устойчивости к дополнительному препарату комбинированной терапии.

54. *Сдерживание устойчивости к противомалярийным препаратам.* Сохранение эффективности комбинированной терапии на основе артемизинина и разработка новых комбинаций являются первоочередными задачами как для стран, в которых малярия является эндемическим заболеванием, так и для глобального сообщества по борьбе с малярией². В странах и регионах, в которых артемизинин и комбинированные терапии на основе

¹ Methods for surveillance of antimalarial drug efficacy. Geneva: World Health Organization, 2009.

² WHO, Global Partnership to Roll Back Malaria. Global plan for artemisinin resistance containment. Geneva: World Health Organization, 2011.

артемизинина сохраняют полную эффективность, необходимо обеспечивать надлежащее применение препарата, обращая особое внимание на расширение диагностического тестирования и терапии гарантированного качества, а также расширять масштабы всех базовых мероприятий по борьбе с малярией, включая борьбу с переносчиками, чтобы снизить вероятность развития устойчивости. Страны, в которых отмечена устойчивость к артемизинину, должны усилить борьбу с малярией, чтобы снизить бремя болезни, а также для того, чтобы отсрочить или предотвратить дальнейшее распространение устойчивости. В регионах с низким уровнем передачи заболевания, но с устойчивостью к артемизинину необходимо стремиться к скорейшей ликвидации малярии, вызываемой паразитами *P. falciparum*.

55. *Ликвидация малярии, вызываемой паразитами P. Falciparum, в субрегионе Большого Меконга.* Устойчивость паразитов *P. falciparum* к артемизинину возникла в ряде регионов в субрегионе Большого Меконга Юго–Восточной Азии. Наихудшая ситуация наблюдается вдоль границы между Камбоджой и Таиландом, где *P. falciparum* проявляет устойчивость почти ко всем доступным противомаларийным препаратам. Появление множественной лекарственной устойчивости может серьезно подорвать успех, достигнутый в данном регионе к настоящему времени, и привести к увеличению бремени заболевания в других частях света¹. Ликвидация малярии, вызываемой паразитами *P. falciparum*, является единственной стратегией, которая способна помешать распространению устойчивости. Это должно стать первоочередной задачей в субрегионе Большого Меконга, пока имеющиеся средства еще являются эффективными.

56. *Изъятие из продажи всех противомаларийных препаратов ненадлежащего качества.* Все страны, в которых малярия является эндемическим заболеванием, должны обеспечить изъятие всех противомаларийных препаратов ненадлежащего качества из частного сектора рынка. Национальные регуляторные органы должны принимать меры в отношении регулирования процессов производства, выдачи разрешений на продажу, экспорта, импорта и применения пероральной монотерапии на основе артемизинина. Страны должны также принять решительные меры, включая меры эпидемиологического надзора и регулятивные меры, а также строгие меры контроля, с тем чтобы изъять все неэффективные противомаларийные препараты из медицинских учреждений и аптек, включая те препараты, которые продаются через неофициальные каналы поставок. Эти меры крайне важны для сохранения эффективности комбинированной терапии на основе артемизинина, а также внесут существенный вклад в ускорение продвижения к ликвидации малярии.

Основной элемент 2. Активизация мер, направленных на ликвидацию малярии и сохранение статуса территорий, свободных от малярии.

57. Все страны должны направить свои усилия на ликвидацию малярии. Достижение этой цели окажет воздействие как на переносчиков, так и на паразитов. Предотвращение контакта людей с переносчиками сократит уровень дальнейшей передачи новых инфекций, а избавление большого числа людей с недиагностированными инфекциями от паразитов ускорит сокращение уровня передачи заболеваний. В течение следующего десятилетия

¹ Emergency response to artemisinin resistance in the Greater Mekong subregion: regional framework for action 2013-2015. Geneva: World Health Organization; 2013.

появятся новые средства и подходы, которые помогут в выявлении резервуаров инфекционных паразитов у человека. Основные технические рекомендации, предусмотренные в рамках этого элемента, базируются на существующих инструментах и подходах, но, как ожидается, в течение 2–3 лет в эти рекомендации будут внесены дополнения.

58. *Изменение направления программ.* После того как в конкретной стране или субнациональном регионе удастся свести количество случаев малярии до крайне низкого уровня, приоритеты программ и мероприятий по борьбе с малярией, возможно, необходимо будет пересмотреть, с тем чтобы осуществить завершающий этап ликвидации. Таким образом, в дополнение к мерам, предусмотренным согласно Основному элементу 1, необходимы специальные меры, воздействующие как на паразитов, так и на переносчиков, с тем чтобы прервать передачу малярии на местном уровне, элиминировать всех паразитов из организма человека и контролировать риск возобновления передачи малярии из-за рубежа.

59. *Принятие законодательства.* Необходимо принять новое законодательство в поддержку изменений в плане приоритетов программы, а именно для того, чтобы запретить безрецептурную продажу противомаларийных препаратов и обеспечить дальнейшее укрепление эпиднадзора, включая обязательное уведомление обо всех подтвержденных случаях инфицирования, выявленных как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях. Кроме того, министерства здравоохранения – при поддержке соответствующих ведомств – должны взять на себя функции непосредственного надзора за поставками противомаларийных препаратов; наладить централизованную систему отчетности в целях эпидемиологического надзора за малярией, сбора данных по результатам борьбы с переносчиками, получения отчетов о вспышках и обеспечения готовности и принятия мер; а также повысить согласованность действий между государственными, частными и общинными структурами и службами.

60. *Подтверждение политической приверженности и углубление регионального сотрудничества.* Завершающий этап ликвидации малярии требует твердой политической приверженности, предсказуемого долгосрочного финансирования и тесного сотрудничества между соседними странами. Во многих странах имеется насущная необходимость в расширении усилий, направленных на поддержку подверженных риску сообществ на территориях с низким уровнем передачи малярии, особенно в отдаленных и труднодоступных регионах. Следует найти решения для защиты кочующего населения и трудящихся–мигрантов как в пределах территории одной страны, так и при пересечении государственных границ; такие лица должны быть уведомлены о потенциальных факторах риска заболевания и иметь доступ к средствам профилактики и лечения в рамках доступных медицинских учреждений.

61. *Сокращение количества невыявленных инфекций.* Полное избавление инфицированных лиц от малярийных паразитов при помощи мер общественного здравоохранения потребует принятия новых подходов, которые пока еще не входят в арсенал средств, рекомендованных ВОЗ. Такие стратегии, как массовое назначение лекарственных препаратов, успешно применялись в прошлом, и в настоящее время необходимость принятия таких мер изучается для различных показателей передачи заболевания. Проводятся исследования по изучению возможной роли препаратов, блокирующих передачу заболевания, в условиях с высокими показателями передачи, с тем чтобы ускорить прогресс в направлении ликвидации малярии.

В других исследованиях оценивают влияние и долгосрочное действие эффективных противомаларийных средств при лечении населения в целом или целевых групп населения, включая лечение инфицированных лиц, которые прошли скрининг на наличие малярийных паразитов при помощи тестов с высокой чувствительностью.

62. *Реализация целенаправленных мер борьбы с переносчиками малярии.* По мере того как показатели передачи заболевания в странах и субрегионах сокращаются, необходимо поддерживать всеобъемлющий охват групп риска мероприятиями по борьбе с переносчиками в большинстве районов, чтобы исключить рецидивы. По мере успешного продвижения программ на пути к ликвидации малярии в конкретных группах риска на определенных территориях будут происходить некоторые изменения. Переход от всеобщего охвата населения к борьбе с переносчиками среди отдельных групп населения или в определенных регионах может быть оправдан в обстоятельствах, когда наблюдается низкая вероятность передачи заболевания, имеются сильные системы эпиднадзора, высокий уровень готовности и возможности для быстрого реагирования в случае вспышек заболевания. Целенаправленное распыление инсектицидов остаточного действия внутри помещений в некоторых условиях играет важную роль, поскольку является мерой противодействия вспышкам и рецидивам заболевания или позволяет устранять очаги передачи заболевания. По мере снижения уровня передачи заболевания может возрасти роль таких дополнительных мер, как уничтожение личинок паразитов.

63. *Предотвращение возобновления передачи малярии на местном уровне.* Даже после ликвидации заболевания в стране или субнациональном регионе продолжается импортирование новых случаев малярии, что означает, что качество выявления случаев заболевания должно оставаться высоким. Надзор за возможным возобновлением передачи малярии на местном уровне относится к сфере ответственности системы здравоохранения в целом в рамках ее обычной деятельности по контролю инфекционных заболеваний совместно с другими соответствующими секторами экономики (включая сельское хозяйство, охрану окружающей среды, промышленность и туризм). Лица, планирующие выезд в регионы, в которых малярия является эндемическим заболеванием, должны быть соответствующим образом информированы и должны пройти химиопрофилактику и получить рекомендации о мерах защиты против укусов комаров, чтобы сократить импортирование паразитов. Путешественников и мигрантов из эндемических регионов следует уведомлять о рисках, связанных с малярией, и им следует предоставлять беспрепятственный доступ к бесплатным диагностическим и лечебным учреждениям. Борьба с переносчиками должна продолжаться в целях сдерживания местных вспышек заболевания и защиты регионов, восприимчивых к возобновлению передачи заболевания, а также подвергающихся частому импортированию малярийных паразитов. Модели надзора, которые должны применяться для успешного сохранения статуса территории, свободной от малярии, зависят от уязвимости и восприимчивости конкретного региона. Программа по предотвращению возобновления передачи малярии имеет неограниченную продолжительность. Поэтому в странах, где передача инфекции прекращена, эпиднадзор необходимо поддерживать.

64. *Осуществление химиотерапии, блокирующей передачу малярии.* Химиотерапия, блокирующая передачу малярии, представляет собой использование эффективных противомаларийных препаратов для сокращения передачи гаметоцитов (половой стадии плазмодиев, инфицирующих комаров-переносчиков), что прерывает цикл распространения

малярии. ВОЗ рекомендует химиотерапию, блокирующую передачу малярии, для снижения уровня передачи малярии, в частности, в регионах, в которых может возникнуть устойчивость паразитов *P. falciparum* к артемизинину, и в рамках стратегий по ликвидации *P. falciparum*¹. В настоящее время эта мера рекомендована в регионах с низким уровнем передачи заболевания и с высоким охватом лечением. В настоящее время имеются стратегии, блокирующие передачу малярии, вызываемой паразитами *P. falciparum*, однако такие стратегии не разработаны в отношении других малярийных паразитов.

65. *Выявление всех инфекций в целях ликвидации и предотвращения возобновления их передачи.* В условиях, в которых уровень передачи малярии крайне низок, активное выявление и изучение инфекций в дополнение к бесплатному лечению малярии и уведомлению в учреждениях здравоохранения крайне важны для устранения остаточных очагов распространения². Обследования заболевших и выявление инфекций среди лиц, проживающих вместе с людьми с диагностированной малярией, позволяют получить информацию о потенциальном воздействии тех же источников инфекции, чтобы установить, происходит ли передача заболевания на местном уровне или же имел мест завоз инфекции.

66. *Применение препаратов для сокращения численности паразитов.* Применение противомаларийных препаратов является одним из элементов стратегии, направленной на ликвидацию малярии, поскольку эти препараты способны сокращать численность паразитов в группах населения, прошедших лечение, а в случае их применения в профилактических целях они сокращают численность восприимчивых лиц и распространение гаметоцитов. В будущем ВОЗ оценит потенциальную роль медицинских препаратов в истреблении комаров до того, как они смогут переносить малярийных паразитов, а также их потенциальную роль в лечении всех инфекций вне зависимости от клинических симптомов или обращения за медицинской помощью. В процессе ликвидации малярии всем пациентам с малярией, вызванной паразитами *P. vivax* или *P. ovale*, и с диагнозом, подтвержденным лабораторными исследованиями, назначают действенный режим лечения для избавления от всех остаточных гипнозоитов, которые впоследствии могут вызывать рецидив.

67. *Разработка специальных стратегий борьбы с P. vivax.* Чтобы добиться успешной ликвидации заболевания, особое внимание следует уделять паразитам *P. vivax*, которые изучены в меньшей степени, чем *P. falciparum*. Малярия, вызываемая паразитами *P. vivax*, сопряжена с рядом проблем и требует особых стратегий. Можно отметить следующие проблемы:

- паразиты *P. vivax* хорошо переносят более широкий спектр условий окружающей среды, чем *P. falciparum*, а потому характеризуются более широкой географической распространенностью;
- паразиты *P. vivax* могут передаваться от людей к комарам до того, как у инфицированных лиц появятся симптомы;

¹ The updated WHO policy recommendation on: single dose primaquine as a gametocytocide in *Plasmodium falciparum*. Geneva: World Health Organization, 2012.

² Disease surveillance for malaria elimination: an operational manual. Geneva: World Health Organization; 2012. Policy brief on malaria diagnostics in low-transmission settings. Geneva: World Health Organization; 2014.

- традиционные методы борьбы с переносчиками (сетки, обработанные инсектицидами длительного действия, и распыления в жилых помещениях инсектицидов остаточного действия) могут быть менее эффективными в отношении *P. vivax*, поскольку во многих регионах, в которых преобладают *P. vivax*, переносчики наносят укусы ранним вечером, питаются кровью внутри помещений и находятся в состоянии покоя также внутри помещений;
- дремлющие формы гипнозоитов сложнее поддаются обнаружению, поскольку паразитемия обычно сохраняется на низком уровне и поскольку дремлющие гипнозоиты, находящиеся в печени, не поддаются выявлению при помощи имеющихся диагностических тестов;
- гипнозоиты способны вызывать неоднократные рецидивы и оказывают существенное влияние на заболеваемость и дальнейшую передачу заболевания;
- гипнозоиты *P. vivax* поддаются уничтожению только в результате 14–дневного курса лечения примахином, который может вызывать серьезные побочные явления (гемолитическую анемию) у пациентов с дефицитом глюкозы–6-фосфатдегидрогеназы, поэтому такое лечение противопоказано уязвимым группам населения, включая младенцев и беременных или кормящих женщин;
- тесты на дефицит глюкозы–6-фосфатдегидрогеназы сопряжены с немалыми сложностями и недоступны во *многих* условиях;
- продолжает распространяться малярия, вызываемая паразитами *P. vivax* и устойчивая к хлорохину.

68. *Использование эпиднадзора в качестве меры программ по ликвидации малярии.* Поскольку программы по борьбе с малярией приближаются к ликвидации малярии, цель эпиднадзора состоит в выявлении всех малярийных инфекций (симптоматических или несимптоматических); изучении каждого отдельного случая инфекции, проведении различия между импортированными формами и формами, приобретенными на местном уровне; а также в обеспечении того, чтобы в каждом выявленном случае пациент получал немедленное лечение для предотвращения вторичных инфекций. Несмотря на то, что инфекции возникают случайным образом или в форме отчетливых очагов, системы эпиднадзора должны охватывать всю территорию страны и уделять особое внимание текущей или недавней истории передачи заболевания. Страны должны отслеживать ввезенные инфекции, которые составляют значительную долю всех инфекций на этапе ликвидации и могут обуславливать риск возобновления передачи заболевания в тех регионах, в которых передача была ранее прервана¹.

¹ WHO. Disease surveillance for malaria elimination: an operational manual. Geneva: World Health Organization, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44852/1/9789241503334_eng.pdf по состоянию на 10 марта 2015 г.).

Основной элемент 3. Превращение эпидемиологического надзора за малярией в ключевое мероприятие

69. Вне зависимости от этапа, который проходят страны на пути к ликвидации малярии, эпиднадзор за малярией должен стать основным мероприятием в рамках национальных и субнациональных стратегий по борьбе с малярией. Эпиднадзор как мера включает в себя мониторинг заболевания и предусмотренных программой мер реагирования, а также принятие мер на основании полученных данных. В настоящее время большинство стран с высоким бременем малярии не в состоянии собирать важнейшие данные по малярии на постоянной основе, что затрудняет оптимизацию мер реагирования, оценку тенденций развития заболевания и борьбу со вспышками заболевания. Эпиднадзор как мера играет наиболее важную роль на этапе, когда программы уже близки к ликвидации малярии, однако эффективный эпиднадзор необходим на всех этапах пути к ликвидации малярии. Ниже описаны преимущества эффективного эпиднадзора и действия, необходимые для внесения изменений в систему эпиднадзора.

70. Надежные системы эпидемиологического надзора за малярией позволяют оптимизировать работу программ, поскольку они дают возможность:

- привлекать инвестиции из местных и международных источников соразмерно бремени малярии в стране или в субнациональном регионе;
- выделять ресурсы для наиболее нуждающихся групп населения и для наиболее действенных мероприятий в целях обеспечения максимального влияния на сферу общественного здравоохранения;
- на регулярной основе определять, проводится ли работа по программе так, как ожидалось, или нужны изменения в плане масштабов или объединения мероприятий;
- учитывать влияние полученного финансирования, чтобы информировать общественность, избранных представителей общественности и доноров о реальной ценности их инвестиций;
- определять, были ли достигнуты цели программы, а также выяснять, чего удалось и чего не удалось достичь, чтобы иметь возможность разработать более действенные и эффективные программы.

71. *Эпиднадзор в регионах с высоким уровнем передачи малярии.* Анализ данных и мониторинг программы основаны на совокупных показателях, а меры принимаются на уровне населения в целом, чтобы обеспечить все группы населения доступом к услугам и исключить неблагоприятные тенденции развития заболевания¹. Точная и своевременная информация о количестве и тенденциях в плане смертей от малярии является ключевым требованием для отслеживания прогресса в сфере борьбы с малярией. Необходимо прилагать

¹ *Disease surveillance for malaria control: an operational manual.* Имеется по адресу: (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44851/1/9789241503341_eng.pdf (по состоянию на 10 марта 2015 г.)).

согласованные усилия для того, чтобы все случаи госпитализации по поводу малярии в больницы и медицинские учреждения, а также все смертельные исходы, связанные с малярией, были подтверждены паразитологическими анализами и попадали в отчетность в рамках национальной системы эпиднадзора. Репрезентативность данных из больниц следует сопоставлять с отдельными медицинскими центрами с четко определенными категориями обслуживаемых групп населения, в которых неуклонно фиксируются причины летальных исходов.

72. *Эпиднадзор в регионах с низким уровнем передачи малярии.* В регионах с низким или умеренным уровнем передачи заболевания наблюдается заметная неоднородность в плане распространения малярии, поэтому крайне важно выявлять группы населения, наиболее восприимчивые к заболеванию, а также надлежащим образом направлять меры воздействия. Малярия может концентрироваться среди обособленных групп населения, например среди групп населения, проживающих в отдаленных или пограничных регионах, кочующего населения, трудящихся–мигрантов и племен с ограниченным доступом к медицинскому обслуживанию. Может возникать необходимость в проведении диагностического обследования и лечения непосредственно среди групп населения, не имеющих доступа к медицинскому обслуживанию (например, в упреждающем выявлении и лечении случаев заболевания). Поскольку иммунитет в группах риска ослабевает по мере реализации мероприятий, крайне важно, чтобы программы предусматривали контроль потенциальных вспышек заболевания посредством более частой отчетности (например, на еженедельной основе) о частоте инфицирования, а также мониторинг основных факторов передачи заболевания, например метеорологических данных.

73. *Эпиднадзор в регионах, в которых поставлена цель по ликвидации малярии.* Возрастает необходимость в специализированных системах отчетности по малярии для удовлетворения дополнительной потребности в информации в целях проведения целенаправленных мероприятий и мониторинга в определенных группах риска и очагах. По мере продвижения на пути к ликвидации малярии возникает необходимость в исследовании отдельных случаев инфекции или групп случаев для изучения факторов риска и устранения очагов передачи заболевания. Также возрастает необходимость в том, чтобы системы эпиднадзора собирали данные о случаях, выявленных медицинскими учреждениями частного сектора (как официальные, так и неофициальные данные). Необходимы дополнительные ресурсы и возможности для развертывания и обеспечения работы систем эпиднадзора за малярией, которые становятся более сложными и требуют все больше ресурсов по мере продвижения на пути к ликвидации малярии, поэтому привлеченный персонал нуждается в дополнительном приобретении навыков, проведении подготовки и принятии мер. Необходимо поддерживать надежные системы эпиднадзора, чтобы поддерживать статус территории, свободной от малярии, после его достижения; страны должны также проводить мониторинг риска импортирования (уязвимости) и вероятности передачи малярии в зонах риска (восприимчивости)¹.

74. *Инвестиции в обычные информационные системы.* Обычные информационные системы важны для эпиднадзора на всех этапах борьбы с малярией и составляют основу

¹ Disease surveillance for malaria elimination: an operational manual. Имеется по адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44851/1/9789241503341_eng.pdf (по состоянию на 10 марта 2015 г.).

мониторинга мер в рамках программ по борьбе с малярией. Для контроля и использования данных, полученных благодаря использованию улучшенных обычных информационных систем, необходимы достаточные инвестиции, чтобы собирать информацию, необходимую в целях планирования, реализации и оценки программ. Необходима надлежащая финансовая и материально-техническая поддержка для обеспечения поставок канцелярских товаров и офисного оборудования, подготовки и переподготовки кадров, надзора за медицинскими учреждениями, а также в целях коммуникации. Система отчетности требует внедрения системы контроля качества данных и надежного последующего наблюдения. Развитие технических навыков персонала в плане анализа и истолкования данных является важной задачей для максимально эффективного использования информации по данным эпиднадзора в программах по борьбе с малярией.

75. Сбор необходимых данных для определения тенденций развития заболевания и эффективности программы в целом. Необходимая информация включает в себя данные о ресурсах, имеющихся для борьбы с малярией (финансирование программ, персонал и продукция), текущем уровне оказания услуг (доступ к обслуживанию и охват мерами реагирования) и тенденциях в плане использования медицинских услуг. Также необходимы данные о затронутых группах населения, включая сведения о распространенности малярийных паразитов и факторах, связанных с высоким риском заболевания малярией. К различным источникам данных относятся обычные информационные системы (для отслеживания финансирования, движения товаров, предоставления услуг и тенденций развития заболевания), обследования медицинских учреждений (для отслеживания услуг, оказываемых медицинскими учреждениями), обследования домохозяйств для отслеживания охвата программы и распространенности паразитов (в группах населения) и результаты исследований эффективности внедрения. Системы энтомологического мониторинга должны регулярно обновлять информацию о переносчиках, их повадках и чувствительности к инсектицидам. Исследования терапевтической эффективности важны для выявления устойчивости к противомалярийным препаратам. Значение, которое придается различным источникам данных, зависит от уровня передачи малярии, а также стадии и возможностей программы по борьбе с малярией.

76. Разработка национальных стратегических планов с учетом эпидемиологической ситуации и неоднородности ситуации с малярией в стране. По мере увеличения охвата мерами реагирования и снижения заболеваемости малярией возрастает и неоднородность показателей заболеваемости и уровней передачи заболевания. Ключевой подход к оптимизации мер по борьбе с малярией внутри определенной страны или территории предусматривает стратификацию, в рамках которой страну или территорию разделяют на участки, на которых может возникать необходимость в применении различных комбинаций мер воздействия. Национальные стратегические планы должны учитывать готовность систем здравоохранения к расширению программ по борьбе с малярией и определять ресурсы, необходимые для достижения заданных уровней охвата и воздействия. Они должны определять роль различных заинтересованных сторон при реализации плана, а также определять целевые показатели эффективного мониторинга и обеспечения отчетности.

77. Мониторинг реализации национальных стратегических планов по борьбе с малярией на регулярной основе. В частности, должны проводиться ежегодные обзоры до подготовки бюджетов; можно проводить промежуточные обзоры для оценки промежуточных достижений; окончательный обзор программы проводится перед разработкой следующего

стратегического плана. Отчеты об отдельных ключевых показателях должны предоставляться региональным органам и учреждениям здравоохранения (включая медицинские учреждения частного сектора) на ежемесячной или ежеквартальной основе. Важно, чтобы данные были обобщены таким образом, чтобы персонал медицинских учреждений и региональные органы могли легко оценить работу учреждений. Данные о мониторинге программы и данные эпиднадзора должны предоставляться не только руководителям программ и лицам, отвечающим за внедрение программ. В обеспечении высокого качества программ по борьбе с малярией принимают участие и другие государственные учреждения, отдельные руководители, представители местного сообщества и доноры, а потому они также должны иметь возможность анализировать деятельность, которую они поддерживают. Если они принимают участие в обзоре, они могут способствовать тому, чтобы программы по борьбе с малярией отвечали потребностям населения и чтобы борьба с малярией и ликвидация малярии относились к приоритетным направлениям развития.

78. *Обеспечение мониторинга системы эпиднадзора.* Обычные информационные системы в рамках системы здравоохранения и должным образом функционирующие системы эпиднадзора за заболеванием обеспечивают возможность мониторинга финансирования борьбы с малярией, охвата мероприятиями и тенденций развития заболевания в рамках программ. Также крайне важно проводить мониторинг самой системы эпиднадзора на предмет таких показателей, как доля медицинских учреждений, предоставляющих отчетность на ежемесячной основе, доля медицинских учреждений, получающих отчеты по системе обратной связи на ежеквартальной основе, а на поздних стадиях программ по борьбе с малярией – доля изученных случаев и смертельных исходов. К другим важным характеристикам, подлежащим периодической оценке, относятся своевременность, точность, репрезентативность и достоверность. Мониторинг самой системы эпиднадзора позволит выявить слабые места и принять меры по улучшению системы эпиднадзора, что, в свою очередь, будет способствовать улучшению показателей работы программ по борьбе с малярией и ускорению прогресса в направлении ликвидации малярии.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ ЭЛЕМЕНТ 1. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИННОВАЦИЙ И РАСШИРЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

79. В течение срока действия настоящей стратегии ожидается появление новых важных средств. К ним относятся новые более эффективные препараты, новые комбинации препаратов, улучшенные средства диагностики, новые вакцины, новые инсектициды и другие инновационные средства борьбы с переносчиками. До тех пор пока не станут доступными такие новые средства, в рамках программ необходимо будет проводить исследования эффективности внедрения для оптимизации подходов к использованию уже имеющихся мер воздействия наиболее эффективным образом с учетом местных условий. Исследования эффективности внедрения должны быть направлены, прежде всего, на наиболее полный охват населения и достижение краткосрочных и долгосрочных целей, а также должны уделять внимание вопросам, связанным с людскими ресурсами. Такие исследования должны быть разработаны таким образом, чтобы обеспечивать результаты приемлемого качества, которые послужат основой для разработки стратегических рекомендаций. По мере появления новых средств и подходов они подлежат рассмотрению и

утверждению ВОЗ и национальными регулятивными органами. Страны должны обеспечивать регулятивную основу, которая облегчает ускоренную оценку и надлежащее внедрение одобренных средств. Исследования эффективности внедрения должны выявлять и своевременно устранять препятствия к внедрению новых средств, чтобы обеспечить их незамедлительное применение после разработки доказательной базы и определить соответствующие условия для их развертывания. Ниже приведены приоритетные направления в пяти различных областях.

Борьба с переносчиками

80. В настоящее время идет разработка ряда потенциальных средств и подходов, призванных преодолеть определенные проблемы, связанные с устойчивостью переносчиков к инсектицидам и остаточной передачей заболевания. К ним относятся новые инсектициды, составы или способы применения, новые аттрактанты и репелленты, новые биологически активные компоненты (например, грибы и эндосимбионты), новые цели для воздействия на этапы жизненного цикла комаров (например, кормление сахаром, фазы спаривания или яйцекладки), а также генетически модифицированные комары. Также изучаются новые стратегии для усовершенствования способов осуществления мероприятий, например, путем использования технологии мобильной связи и цифровых карт. Также необходимы средства защиты людей, находящихся вне помещений, защищенных основными мероприятиями, осуществляемыми в рамках профессиональной деятельности или по другим причинам.

81. Реализация уже разработанных основных мероприятий с переносчиками является приоритетным направлением, требующим дальнейшего внимания с учетом прогнозируемых крупномасштабных расходов в связи с такими средствами. Помимо интеграции новых действующих веществ в состав таких мероприятий, также важны разработка и утверждение сеток с улучшенным или продленным остаточным действием, улучшенными физическими свойствами и большей практичностью в использовании. Поэтому страны должны продолжать проведение исследований эффективности внедрения для улучшения доступа к сеткам, увеличения их числа и более оптимального использования сеток, а также для повышения качества и более широкого применения распыления в жилых помещениях инсектицидов остаточного действия, включая информационные кампании для изменения отношения к таким мерам.

82. Крайне важно изучить такие возможности в максимально сжатые сроки, чтобы обеспечить своевременный и беспрепятственный доступ к усовершенствованным средствам борьбы с переносчиками, включая средства снижения устойчивости к инсектицидам и сокращения остаточной передачи заболевания. Страны и мировое сообщество должны сотрудничать с представителями отраслей промышленности и научно-исследовательскими организациями для выявления и утверждения маркеров устойчивости к инсектицидам, оценки уровня остаточной передачи заболевания и ее определяющих факторов, а также для оценки потенциальных средств. Необходимы достаточные доказательства для утверждения новых средств, а также регламентированная процедура внесения рекомендаций для реализации программы.

83. Для обеспечения эффективности и безопасности крайне важно обеспечивать качество уже имеющихся и новых продуктов и оборудования для борьбы с переносчиками. Поскольку мировые и национальные возможности для проведения оценок качества в настоящее время

ограниченны, страны должны осуществлять инвестиции для наращивания достаточного опыта и создания необходимой инфраструктуры.

Диагностическое тестирование и лечение

84. Необходимы исследования для разработки средств, способных выявлять паразитемию низкого уровня у бессимптомных носителей и обеспечивать эффективность различных скрининговых стратегий при более высоком уровне передачи заболевания, чтобы направлять меры воздействия надлежащим образом, а также для того периода, когда страны перейдут к стадии ликвидации малярии. Необходимы улучшенные видоспецифические диагностические экспресс-тесты для использования по месту оказания медицинской помощи для выявления всех малярийных паразитов, отличных от вида *P. falciparum*, а также для диагностики гипнозоитов *P. vivax*.

85. Необходимы простые диагностические экспресс-тесты для использования по месту оказания медицинской помощи в целях определения статуса в отношении глюкозы-6-фосфатдегидрогеназы, чтобы расширить доступ к лечению малярии, вызываемой паразитами *P. vivax*, при помощи противомалярийных препаратов с содержанием 8-аминохинолина.

86. Требуется устойчивый приток новых потенциальных лекарственных средств, поскольку появление и распространение устойчивости ставит под угрозу долгосрочное применение любых препаратов или их сочетания. Идеальным решением стал бы безопасный, эффективный и доступный по стоимости препарат, принимаемый в виде однократной дозы, который мог бы обеспечивать эффективное лечение, снижать распространение гаметоцитов, оказывать профилактическое действие в отношении инфекций *P. falciparum* и *P. vivax* и применяться беременными и лицами с дефицитом глюкозы-6-фосфатдегидрогеназы. Необходимо разработать новые лекарственные средства, которые были бы безопасными, хорошо переносимыми и доступными, не приводили бы к развитию устойчивости и имели бы широкий спектр действия, для лечения подтвержденных клинических случаев и в качестве препаратов массового применения для борьбы с источниками паразитов, включая половые стадии *P. falciparum* и *P. vivax*. Необходимо предусмотреть процедуры регулятивного рассмотрения в целях разработки новых химиопрофилактических препаратов, а также четких исследовательских стратегий для разработки противомалярийных препаратов для профилактического лечения.

87. Существует неотложная потребность в надежных, простых в использовании и легко интерпретируемых тестах на молекулярные маркеры лекарственной устойчивости ко всем компонентам сочетаний лекарственных препаратов. Определение и подтверждение молекулярных маркеров улучшит возможности вести мониторинг возникновения и распространения устойчивости к каждому отдельному компоненту лекарственных комбинаций. Помимо молекулярных маркеров для выявления устойчивости *P. falciparum* необходимы также маркеры для выявления устойчивости *P. vivax*. Мониторинг молекулярных маркеров лекарственной устойчивости (как только такие маркеры станут доступными) будет особенно полезен в регионах с низким уровнем передачи заболевания, в которых изучение терапевтической эффективности все более затруднено.

88. Чтобы повысить спрос на лечение, тесты и рекомендованную терапию, необходимы определяемые контекстом стратегии, которые позволят лучше изучить поведение людей,

обращающихся за лечением в регионах с сохраняющейся передачей заболевания. Необходимо разработать инновационные методы для обеспечения соблюдения стандартных руководящих принципов касательно выявления, лечения и регистрации всех случаев малярии всеми медицинскими учреждениями, работающими в государственном и частом секторах, а также учреждениями, осуществляющими свою деятельность вне рамок официальной системы здравоохранения.

Противомалярийные вакцины

89. В будущем противомалярийные вакцины должны стать важным дополнением в арсенале средств борьбы с малярией. В настоящее время ряд потенциальных вакцин различного принципа действия для борьбы с инфекциями *P. falciparum* и *P. vivax* находится на разных этапах разработки. По крайней мере, на одну из таких вакцин (RTS,S) лицензия может быть выдана в ближайшее время, после чего она будет рассмотрена на предмет внесения в стратегические рекомендации. Мировое сообщество специалистов здравоохранения призвало разработать и лицензировать до 2030 года противомалярийные вакцины с эффективностью не менее 75%. Противомалярийные вакцины в настоящее время рассматриваются в качестве вспомогательного средства, которое не может заменить собой основной комплекс мероприятий.

Эпиднадзор

90. Прогресс в области информационных технологий и средств коммуникации позволяет повысить своевременность отчетности, обеспечить более широкое распространение данных (между информационными системами и различными уровнями системы здравоохранения) и улучшить анализ данных. Информационные технологии могут применяться для оптимизации и улучшения материально-технического снабжения и управления поставками, систем раннего оповещения и выявления пробелов в плане оказания услуг. Кроме того, применение новых технологий позволяет улучшить управление системами, укрепить потенциал и усовершенствовать управление людскими ресурсами.

91. Необходимо принять меры для более широкого распространения результатов мероприятий и тестирования на лекарственную чувствительность, а также информации о результатах эпиднадзора и исследовательской деятельности, которую собирают и хранят различные учреждения. Все соглашения о проведении исследований или об оказании услуг должны предусматривать положение о распространении данных (возможно, через источники открытого доступа).

92. Необходимы исследования для определения наиболее эффективных стратегий выявления случаев заболевания, а также для проведения оценки эффективности комплекса мер реагирования, как только такие случаи будут выявлены.

Ликвидация заболевания

93. Необходимы исследования, чтобы определить диапазон ситуаций передачи заболевания, при которых снижение передачи путем воздействия на резервуар паразитов является эффективным мероприятием. Эти исследования должны также определить

оптимальные сочетания подходов и оптимизировать интервалы между курсами лечения, а также методы мониторинга эффективности таких мер. Последнее включает оценку высокочувствительных ультрамикроскопических диагностических тестов для выявления паразитемии *P. falciparum* и *P. vivax*.

94. Повторное инфицирование *P. vivax* составляет значительную часть случаев передачи малярии, вызываемой паразитами *P. vivax*, которые находятся в печени в форме гипнозоитов. Необходимо разработать стратегии борьбы с этим источником паразитов в рамках стратегий ликвидации *P. vivax*, в т.ч. для лиц, которым не показана терапия примахином.

95. Необходимо провести фундаментальные исследования по разработке новых средств для предотвращения передачи заболевания, включая вакцины, действие которых направлено на различные стадии жизненного цикла паразитов и которые могут проявлять эффективность для профилактики всех инфекций, либо вакцины для воздействия непосредственно на половые стадии и предотвращения инфицирования комаров и от укусов комаров.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ ЭЛЕМЕНТ 2. УКРЕПЛЕНИЕ БЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЙ

96. Мероприятия по борьбе с малярией должны проводиться в благоприятных условиях, которые обеспечивают эффективное и непрерывное проведение этих мероприятий. Ниже описаны основные факторы, способствующие формированию таких благоприятных условий.

97. *Увеличение международного и внутреннего финансирования.* Имеется насущная необходимость в укреплении и обеспечении политической приверженности на самом высоком уровне, а также в наличии предсказуемого долгосрочного финансирования программ по борьбе с малярией. Международные доноры должны поддерживать и наращивать объем своих обязательств в отношении целей и программ по борьбе с малярией; необходимо изыскивать новые источники финансирования в дополнение к финансированию развития и ресурсам, предоставляемым частным сектором. Странам, в которых малярия является эндемическим заболеванием, настоятельно рекомендуется увеличить выделение внутренних ресурсов на укрепление систем здравоохранения и борьбу с этим заболеванием. Для закрепления недавно достигнутого успеха важное значение имеет надлежащее и предсказуемое финансирование: если страны снизят существующие показатели охвата мероприятиями вследствие недостаточного финансирования, это может свести на нет некоторые из последних достижений в плане глобальных мер по борьбе с малярией. Крайне важно обеспечить наличие устойчивых программ и потенциала по борьбе с малярией на всех этапах пути к ликвидации малярии, а также для предотвращения возобновления передачи заболевания.

98. *Обеспечение энергичных ответных мер со стороны сектора здравоохранения.* Во многих эндемичных по малярии странах недостаточные возможности системы здравоохранения являются серьезным препятствием для ускорения прогресса. Необходимы существенные инвестиции для укрепления систем здравоохранения, в частности, базовой инфраструктуры здравоохранения, систем поставки товаров, регулирования фармацевтической индустрии, людских ресурсов и систем учета естественного движения населения с целью улучшить условия, в которых функционируют национальные

противомалярийные программы. Для успешной реализации мероприятий по борьбе с малярией важно наладить надежное взаимодействие между программами по борьбе с малярией и другими программами сферы здравоохранения, например программами охраны репродуктивного здоровья, охраны материнства и детства, лабораторного обслуживания, а также с регулятивными органами (в отношении диагностического оборудования, лекарственных препаратов и инсектицидов).

99. *Укрепление трудовых ресурсов системы здравоохранения и экспертной базы по борьбе с малярией.* В большинстве стран, в которых малярия является эндемическим заболеванием, наблюдается хроническая нехватка квалифицированного медицинского персонала, сохраняется устаревшая клиническая практика, системы эпиднадзора работают ненадлежащим образом, а программы мониторинга и оценки являются крайне слабыми. Программы по борьбе с малярией функционируют в сложных условиях, в которых постоянно приходится пересматривать меры реагирования в соответствии со вспышками и рецидивами заболевания, изменчивыми схемами передачи заболевания, а также развитием устойчивости к лекарственным препаратам и инсектицидам. Устойчивое расширение масштабов мероприятий по борьбе с малярией требует укрепления кадрового потенциала на национальном, региональном и местном уровнях. Такие факторы, как образование, подготовка и стимулирование работников здравоохранения, кадров, работающих в рамках программ, а также исследователей малярии, включая надлежащий уровень преподавания, контроля и оплаты, играют ключевую роль для обеспечения эффективности программ. Вскоре может появиться ряд новых средств, внедрение которых потребует новых навыков и новых инвестиций для наращивания потенциала. Укрепление трудовых ресурсов должно быть признано важным фактором, способствующим укреплению систем здравоохранения.

100. *Обеспечение устойчивости мероприятий по борьбе с малярией.* С этой целью и в целях наиболее эффективного использования инвестиций для борьбы с малярией национальные стратегические планы по борьбе с малярией должны быть согласованы с более масштабными мероприятиями систем здравоохранения. Для дальнейших системных изменений к лучшему крайне важны такие факторы, как улучшенные системы снабжения для обеспечения диагностических средств, лекарственных препаратов и средств гарантированного качества для борьбы с переносчиками, использование новых технологий для сбора и управления данными, а также усовершенствование систем регулирования и надзора за деятельностью фармацевтических компаний частного сектора. Укрепление систем здравоохранения пойдет на пользу высококачественной и эффективной профилактике и лечению малярии как в государственном, так и в частном секторе.

101. *Усиление государственного управления и международного сотрудничества в рамках программ по борьбе с малярией.* С учетом большого числа заинтересованных сторон и важной роли, которую играют партнеры по развитию, частный сектор промышленности, исследовательское и научное сообщество, органы здравоохранения частного сектора, неправительственные организации и медико-санитарные работники из сообществ для программ по борьбе с малярией, национальные программы общественного здравоохранения в странах, в которых малярия является эндемическим заболеванием, должны координировать общие мероприятия по борьбе с малярией. Необходимо инициировать и укреплять эффективное международное сотрудничество между национальными программами для обеспечения оптимального охвата мероприятиями на соответствующих территориях. Национальные программы должны обеспечивать реализацию всех мероприятий в рамках

программ и в процессе ликвидации малярии в полном соответствии с национальными стратегическими приоритетами и рекомендациями ВОЗ, а также должны обеспечивать надлежащую нормативную базу для безопасного использования средств гарантированного качества персоналом, прошедшим надлежащую подготовку.

102. *Укрепление многосекторального сотрудничества.* Необходимо наращивать сотрудничество с секторами, не связанными с сектором здравоохранения. Национальные программы по борьбе с малярией должны стать неотъемлемой частью стратегий по борьбе с бедностью, национальных планов развития и стратегий развития регионального сотрудничества. Необходимо изменить общий подход: от борьбы с отдельными заболеваниями к стратегии, учитывающей все проблемы в области здравоохранения. Особенно важно заручиться поддержкой министерств финансов, образования, охраны окружающей среды, промышленности, транспорта и туризма, поскольку они активно сотрудничают с регулятивными органами. Что касается борьбы с переносчиками, комплексное управление этой борьбой может стать подходящей платформой для эффективного осуществления мер.

103. *Более активное участие частного сектора.* Частный сектор здравоохранения, включая промышленность, медицинские учреждения и других участников рынка, играет жизненно важную роль в сфере разработки и предоставления товаров и услуг, например, посредством разработки новых средств и мер и выведения их на рынок. Необходимо более тесное взаимодействие для повышения качества мероприятий, включая официальные и неофициальные медицинские услуги в частном секторе, а также для обеспечения надлежащего отражения в отчетности национальных систем эпиднадзора информации обо всех случаях малярии, исходах лечения и смертельных исходах. Необходимы новые партнеры и пересмотр отношений со старыми партнерами для развития цепочки поставок товаров. Такие партнеры могут играть важную роль для защиты работников, привлеченных к участию в крупных проектах, а также для лечения инфицированных лиц.

104. *Предоставление полномочий местным сообществам и взаимодействие с неправительственными организациями.* Важным фактором успеха является тесное сотрудничество с представителями местных сообществ и неправительственными партнерами–исполнителями. Мероприятия по борьбе с малярией не могут быть успешными без признания местными сообществами руководящей роли государства при использовании средств профилактики и рекомендованных методов лечения. Необходимы комплексные, социально ориентированные общественные службы, которые могут быть учреждены совместно с медицинскими учреждениями государственного и частного секторов. Поддержка населения, проживающего в отдаленных или труднодоступных регионах и в регионах с ограниченным доступом к медицинскому обслуживанию, может быть обеспечена только при поддержке местных сообществ – зачастую при посредничестве неправительственных партнеров–исполнителей. Для информирования затронутых сообществ о преимуществах средств профилактики малярии и об их надлежащем применении крайне важны хорошо продуманные программы связи с органами общественного здравоохранения и программы для изменения поведения.

ЗАТРАТЫ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ГЛОБАЛЬНОЙ ТЕХНИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ

105. Для достижения промежуточных результатов и целей, изложенных в глобальной технической стратегии, мероприятия по борьбе с малярией (включая вклад как международных, так и внутренних участников) потребуют значительного увеличения финансирования по сравнению с текущими расходами, составляющими 2,7 млрд. долл. США. Ежегодные инвестиции должны увеличиться и достичь к 2020 г. суммы в размере 6,4 млрд. долл. США, с тем чтобы добиться первой промежуточной цели сокращения уровня заболеваемости и смертности от малярии на 40%. К 2025 г. объем необходимых инвестиций должен еще более возрасти и составить 7,7 млрд. долл. США в год, с тем чтобы достичь второй промежуточной цели – сокращения уровня заболеваемости и смертности на 75%. Чтобы добиться сокращения этих показателей на 90%, к 2030 г. ежегодные суммарные расходы на борьбу с малярией должны составить 8,7 млрд. долл. США¹. Затраты на реализацию были оценены на основе количества товаров, необходимых для расширения масштаба мероприятий, умноженного на предварительную себестоимость осуществления таких мер для поставщиков услуг, на основе анализа данных эпиднадзора и финансовых данных, имеющихся в распоряжении национальных стратегических планов, а также на основе ежегодных всемирных докладов ВОЗ о малярии². На исследования и разработки потребуется дополнительное финансирование, составляющее в среднем 673 млн. долл. США в год (от 524 млн. долл. США до 822 млн. долл. США). Эта оценка составлена на основе скорректированной по рискам модели потребностей в исследованиях и инновациях в сфере малярии до 2030 года.

ОЦЕНКА ГЛОБАЛЬНОГО ПРОГРЕССА И РЕЗУЛЬТАТОВ

106. Глобальный прогресс в плане сокращения смертности и заболеваемости и окончательной ликвидации малярии будет определяться на основе данных эпиднадзора в каждой стране. Показатели прогресса будут измеряться на основе различных источников данных, включая обычные информационные системы, обследования домохозяйств, обследования медицинских учреждений и динамические исследования. Мониторинг прогресса будет проводиться на основе как минимум 14 показателей результатов и последствий (см. Таблицу 2 ниже), полученных на основе более широкого набора показателей, рекомендованных ВОЗ, а также в ходе повседневного контроля в рамках программ по борьбе с малярией. Ряд показателей применим только к некоторым странам, которые характеризуются уровнями эндемичности малярии (например, интермиттирующая профилактическая терапия малярии среди беременных женщин в странах Африки к югу от Сахары) или их прогрессом на пути к ликвидации малярии (например, расследование случаев и очагов в целях программы по ликвидации малярии). На различных этапах пути к ликвидации малярии для других показателей, например, имеющих отношение к борьбе с переносчиками, группы риска, для которых могут оказаться полезными мероприятия, могут определяться иным образом, отличным от предусмотренного программами. Страны должны

¹ Интервал доверия по этим оценкам составляет 95%.

² Все всемирные доклады о малярии доступны на: http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report/en/ (по состоянию на 10 марта 2015 г.).

обеспечить подготовку исходного уровня как минимум для 14 показателей (если это необходимо) до 2015 г., чтобы обеспечить возможность мониторинга прогресса в ходе реализации стратегии.

Таблица 2. Показатели для глобальной технической стратегии по борьбе с малярией после 2015 года на 2016–2030 гг.

Результаты
<ul style="list-style-type: none"> • Доля подвергающегося риску населения, спавшего предыдущей ночью под защитой сетки, обработанной инсектицидами. • Доля подвергающегося риску населения, защищенного с помощью распыления в помещениях инсектицидов остаточного действия за прошедшие 12 месяцев. • Доля беременных женщин, получивших не менее трех или более доз интермиттирующей профилактической терапии малярии во время посещения женской консультации в период предыдущей беременности (только для стран Африки к югу от Сахары). • Доля пациентов с предполагаемой малярией, которые прошли паразитологическое обследование. • Доля пациентов с подтвержденной малярией, получивших противомаларийную терапию первой линии в соответствии с национальной стратегией. • Доля сообщений из медицинских учреждений, которые должны быть получены на национальном уровне. • Доля случаев малярии, выявленных системами эпиднадзора. • Доля расследованных случаев (в рамках программ по ликвидации малярии). • Доля подвергнутых исследованию очагов (в рамках программ по ликвидации малярии).
Последствия
<ul style="list-style-type: none"> • Распространенность паразитов: доля населения с установленным инфицированием малярийными паразитами • Заболеваемость малярией: количество подтвержденных случаев малярии на 1000 человек в год • Показатель смертности от малярии: количество случаев смерти от малярии на 100 000 человек в год • Количество стран, впервые ликвидировавших малярию после 2015 г. • Количество стран, свободных от малярии в 2015 г., в которых возобновилась передача малярии.

РОЛЬ СЕКРЕТАРИАТА

107. Секретариат продолжит оказывать поддержку государствам–членам и тесно сотрудничать с организациями системы Организации Объединенных Наций, донорами, межправительственными организациями, исследовательским и научным сообществом, а также со всеми другими техническими партнерами, чья работа имеет кардинальное значение для успешной реализации данной стратегии. Секретариат примет следующие меры для содействия достижению глобальных, региональных и национальных целей в борьбе и ликвидации малярии.

108. Секретариат будет и далее разрабатывать, передавать и распространять нормативные руководства, рекомендации в отношении политики и реализации, поддерживая мероприятия в странах. Он обеспечит учет быстрых изменений ситуации в отношении малярии в процессе формулирования им политики, частью которого является Консультативный комитет по разработке политики в отношении малярии, и регулярное обновление его глобальных технических руководств, включая в них новаторские средства и стратегии, доказавшие свою эффективность. Секретариат продолжит оценку и преквалификацию средств борьбы с переносчиками, средств диагностики и противомаларийных препаратов.

109. Секретариат будет предоставлять государствам–членам рекомендации и техническую поддержку в осуществлении пересмотра и обновления их национальных стратегий по борьбе с малярией в соответствии с приоритетными мерами, предусмотренными стратегией. Секретариат обеспечит укрепление собственного потенциала на глобальном, региональном и страновом уровнях, чтобы иметь возможность возглавить координируемые глобальные усилия по снижению к 2030 году бремени заболевания минимум на 90% и поддержать осуществление всех рекомендаций настоящей стратегии. В соответствующих случаях он будет сотрудничать с государствами–членами в подготовке региональных планов осуществления.

110. Секретариат будет оказывать странам поддержку в укреплении их национальных систем эпиднадзора за малярией в целях повышения качества, доступности и управления данными по малярии, а также более оптимального использования таких данных в процессе принятия решений и ответных мер в процессе осуществления программ. Секретариат будет проводить мониторинг реализации стратегии и регулярно оценивать прогресс в направлении достижения промежуточных показателей и целей, поставленных на 2020, 2025 и 2030 годы. Секретариат будет также оказывать странам поддержку в разработке отвечающих национальным условиям целей и показателей в порядке содействия мониторингу прогресса на субрегиональном уровне.

111. В соответствии с его основными функциями, Секретариат продолжит мониторинг региональных и мировых тенденций в связи с малярией и будет предоставлять эти данные странам и глобальным партнерам по борьбе с малярией. Он будет поддерживать усилия по мониторингу эффективности лекарственных препаратов и мероприятий по борьбе с переносчиками и с этой целью будет вести глобальные базы данных об эффективности препаратов и устойчивости к инсектицидам. Секретариат будет регулярно представлять отчеты региональным и глобальным руководящим органам Организации, Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций и другим органам Организации Объединенных Наций.

112. ВОЗ будет стимулировать исследования и генерирование знаний, необходимые для ускорения прогресса в направлении избавления человечества от малярии.

113. Стратегия будет регулярно обновляться для увязки с последними рекомендациями в отношении политики и дополнительными техническими руководствами.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Рекомендации, содержащиеся в Докладе Генеральному директору Комитета по обзору в отношении второго продления сроков создания национальных основных возможностей в области общественного здравоохранения и осуществления ММСП¹

[A68/22 Add.1, Приложение 1 – 27 марта 2015 г.]

Рекомендация 1

Государства-участники, указавшие, что они выполнили минимальные требования к основным возможностям, должны получить высокую оценку предпринимаемых ими значительных усилий. В то же время, им следует напомнить, что осуществление ММСП является динамичным непрерывным процессом, который должен постоянно оцениваться, поддерживаться и, при необходимости, усиливаться. Этим странам следует предлагать продолжать предпринимать усилия для поддержания и усиления своих основных возможностей, а также рассмотреть возможность оказания содействия другим государствам-участникам, сталкивающимся с техническими, финансовыми, политическими или иными препятствиями при создании основных возможностей.

Рекомендация 2

Всем государствам-участникам, которые обратились с просьбой о втором продлении сроков (или намерены это сделать в будущем), следует предоставить продление на 2014–2016 годы. При предоставлении такого продления Генеральному директору следует принять во внимание, сопровождается ли эта просьба планом осуществления, и если да, уделяется ли в плане адекватное внимание критериям для продления, указанным на Шестидесят шестой сессии Всемирной организации здравоохранения. При взаимодействии с этим государством-участником Генеральный директор может также принимать во внимание другую соответствующую информацию, которая касается основных возможностей для данной страны. Информационное взаимодействие Генерального директора с этим государством-участником может быть также использовано региональными и страновыми бюро ВОЗ для поддержания контактов с этим государством-участником и, при необходимости, служить основой для установления приоритетов, определения дальнейших действий и мобилизации ресурсов. ВОЗ (на уровнях штаб-квартиры, региона и страны) должна продолжать оказывать поддержку этим странам, при необходимости, в их усилиях по созданию основных возможностей.

¹ См. резолюцию WHA68.5.

Рекомендация 3

Государствам-участникам, которые не сообщили о своих намерениях ВОЗ, следует напомнить о важном значении транспарентности в отношении соответствия духу и букве ММСП. Эти государства-участники вероятно представляют разнородную группу стран – от тех, которые могли выполнить требования к основным возможностям, но не сообщили об этом, до тех, которые добились ограниченного прогресса. ВОЗ следует предпринять дальнейшие попытки вступить в контакт с этими государствами-участниками, предложить содействие и предоставить им возможность: обратиться с просьбой о продлении, если это необходимо; или указать, что они выполнили минимальные требования в соответствии с Приложением 1 к Международным медико-санитарным правилам и что, таким образом, они не нуждаются в продлении сроков.

Рекомендация 4

Государствам-участникам, заинтересованным сторонам и донорским программам следует предложить оказывать, при необходимости, техническое и финансовое содействие. Государствам-участникам следует предложить использовать руководящие указания и средства, которые были разработаны ВОЗ или которые могут быть разработаны в будущем, в поддержку осуществления ММСП.

Рекомендация 5

Комитет рекомендует государствам-участникам:

- (a) Провести обзор и, в соответствующих случаях, усилить и расширить права и возможности Национального координатора ММСП, чтобы позволить им эффективно выполнять основные функции ММСП, способствовать принятию решений и обеспечить высокий уровень поддержки для многосекторальных коммуникаций и сотрудничества.
- (b) Поддерживать создание многопрофильных групп по исследованию вспышек и принятию ответных мер, включая, при необходимости, специалистов в области ветеринарии.
- (c) Способствовать использованию операционного подхода, при котором сотрудничество между странами приводит к выработке практических и устойчивых решений в отношении эпиднадзора, лабораторного и иного потенциала в малых островных и прочих малых государствах.
- (d) На основе оценки рисков уделять приоритетное внимание угрозам в сфере общественного здравоохранения, недостаточности потенциала и определить приоритетные пункты въезда для объявления и наращивания потенциала.
- (e) Укреплять доверие работников здравоохранения с помощью мер политики, способствующих защите и уважению прав работников здравоохранения.

Рекомендация 6

Комитет также рекомендует Генеральному директору рассмотреть возможность создания технических рабочих групп для:

- (a) Усиления потенциала и практических методов управления данными; и
- (b) Изучения уроков текущего и прошлого опыта использования мер общественного здравоохранения, имевших отрицательные последствия для поездок, перевозок и торговли.

Рекомендация 7

Комитет по обзору рекомендует Генеральному директору рассмотреть различные подходы к проведению кратко- и долгосрочной оценки и наращивания основных возможностей ММСП следующим образом:

Государствам-участникам следует безотлагательно:

- (i) усилить существующую систему самооценки (например, если это еще не было сделано, ежегодные отчеты по самооценке и процессы планирования должны быть усилены путем проведения обсуждений с участием многих секторов и многих заинтересованных сторон); и
- (ii) провести тщательные расследования значительных вспышек заболеваний и событий в области общественного здравоохранения. Это должно способствовать использованию более научного или доказательного подхода к оценке эффективных основных возможностей в «реальных жизненных» ситуациях. Одновременно Секретариат должен содействовать проведению серии региональных официальных оценок или мета-оценок результатов расследований вспышек под руководством региональных бюро для изучения межрегионального опыта и использования извлеченных уроков для составления будущих программ по ММСП.

Параллельно и в рамках более долгосрочного видения Секретариат должен разработать с помощью региональных консультативных механизмов возможные варианты для перехода от проведения исключительно самооценки к использованию подходов, сочетающих самооценку, коллегиальную экспертную оценку и добровольную независимую оценку с участием внутренних и независимых экспертов. Эти дополнительные подходы должны учитывать, в числе прочего, стратегические и операционные аспекты ММСП, такие как необходимость политической поддержки высокого уровня и участия всех правительственных структур/ многих секторов. Любую новую схему мониторинга и оценки следует разрабатывать при активном участии региональных бюро ВОЗ и впоследствии предлагать для рассмотрения всеми государствами-участниками через процесс руководящих органов ВОЗ.

Рекомендация 8

По результатам упомянутых выше консультативного процесса, аналитических обзоров и анализа следует разработать всесторонний, поэтапный, приоритизированный план непрерывного осуществления и поддержания ММСП, чтобы руководствоваться в процессе долгосрочного наращивания возможностей для ММСП. Такой план должен быть реалистичным и амбициозным, учитывая значительные различия между возможностями и ресурсами государств-участников. Необходимо уделить особое внимание выделению базовых основных возможностей, которыми следует обеспечить во всех странах.

Рекомендация 9

Комитет по обзору рекомендует Генеральному директору способствовать развитию диалога между государствами-участниками, а также государственными и частными партнерами, включая крупные неправительственные организации, в целях повышения эффективности сотрудничества и помощи.

(a) Получение поддержки в отношении устойчивого наращивания и поддержания национальных возможностей в долгосрочной перспективе, уделяя особое внимание странам, обращающимся с просьбой о продлении сроков / странам со значительным дефицитом возможностей.

(b) Создание фонда реагирования, рекомендованного первым Комитетом по обзору¹, для использования при чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения, имеющих международное значение, который может быть легко доступен при будущих событиях.

(c) Создание более широкого глобального кадрового резерва общественного здравоохранения, который может быть мобилизован в рамках устойчивых ответных мер в связи с чрезвычайной ситуаций в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение.

Рекомендация 10

Комитет по обзору призывает государства-участники оказывать поддержку ВОЗ с помощью финансовых и кадровых ресурсов в рамках подготовки к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения, имеющим международное значение, и во время таких ситуаций.

¹ См. документ A64/10, рекомендация 13.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Глобальный план действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам¹

[A68/20 – 27 марта 2015 г.]

ВВЕДЕНИЕ

1. Приобретение микроорганизмами устойчивости к лекарственным средствам сужает возможности для лечения болезней, которые эти микроорганизмы вызывают. Возникновение устойчивости к противомикробным препаратам наблюдается во всем мире и у широкого спектра микроорганизмов. Распространенность этого явления растет и угрожает здоровью как людей, так и животных. Непосредственные последствия инфицирования резистентными микроорганизмами могут быть серьезными, включая более длительное течение болезни, повышенную смертность, более длительную госпитализацию, более слабую защиту пациентов от инфицирования во время операций и других медицинских процедур, а также увеличение стоимости лечения. Устойчивость к противомикробным препаратам имеет последствия для всех областей здравоохранения и самых разных секторов, влияет на общество в целом.

2. В то же время косвенное воздействие устойчивости к противомикробным препаратам не ограничивается повышенными рисками для здоровья и имеет многочисленные последствия для общественного здравоохранения с потенциальными последствиями, например, для развития. Устойчивость к противомикробным препаратам осложняет рост мировой экономики и наносит экономический ущерб, обусловленный снижением производительности из-за болезней (как людей, так и животных) и ростом расходов на лечение. Для решения этой проблемы необходимы долгосрочные инвестиции, в частности в оказание финансовой и технической помощи развивающимся странам, разработку новых вакцин, лекарственных, диагностических и других средств, а также в укрепление систем здравоохранения в целях обеспечения более надлежащего использования противомикробных препаратов и доступа к ним.

3. Разработка настоящего глобального плана действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам по поручению Ассамблеи здравоохранения (резолюция WHA67.25, май 2014 г.) отражает глобальный консенсус в отношении того, что устойчивость к противомикробным препаратам представляет собой серьезную угрозу для здоровья человека. В проекте отражены данные, полученные в результате проведения широких многосекторальных консультаций и консультаций среди государств-членов.

¹ См. резолюцию WHA68.7.

4. Глобальный план действий преследует цель обеспечить на возможно более длительный срок непрерывность успешного лечения и профилактики инфекционных заболеваний с помощью эффективных и безопасных лекарственных средств гарантированного качества, которые используются ответственно и доступны для всех, кто в них нуждается. Ожидается, что страны разработают собственные национальные планы действий по устойчивости к противомикробным препаратам, соответствующие глобальному плану.
5. Для достижения этой цели в глобальном плане действий предусмотрено пять стратегических задач: (1) повышать осведомленность и улучшать понимание вопросов устойчивости к противомикробным препаратам; (2) накапливать знания за счет исследований и эпиднадзора; (3) снижать заболеваемость инфекционными болезнями; (4) оптимизировать использование противомикробных препаратов; и (5) обеспечивать устойчивое инвестирование в решение проблемы устойчивости к противомикробным препаратам. Эти задачи могут решаться путем осуществления четко определенных действий государствами-членами, Секретариатом и международными и национальными партнерами в различных секторах. Меры по оптимизации применения противомикробных препаратов и возобновлению инвестиций в исследования и разработку новых средств должны сопровождаться деятельностью по обеспечению справедливого и приемлемого в ценовом отношении доступа к ним для тех, кто в них нуждается.
6. Применение такого подхода делает возможным достижение главной цели: обеспечения лечения и профилактики инфекционных заболеваний с помощью качественных, безопасных и эффективных лекарственных средств.

ОХВАТ

7. **Устойчивость к антибиотикам** возникает тогда, когда бактерии адаптируются к присутствию антибиотиков и продолжают размножаться. Возникновение устойчивости связано с частотой применения антибиотиков. Поскольку многие антибиотики относятся к одному и тому же классу лекарственных средств, устойчивость к одному конкретному антибиотику может привести к устойчивости к целому классу. Устойчивость, возникшая в одном организме или местности, также может быстро и непредсказуемо распространяться, например путем обмена генетическим материалом между различными бактериями, и влиять на лечение антибиотиками самых разных инфекций и заболеваний. Устойчивые к лекарственным средствам бактерии сохраняются в популяциях людей и животных и передаются через пищу, воду и окружающую среду, при этом на передачу бактерий влияют такие факторы, как торговля, поездки и миграция людей и животных. Резистентные бактерии могут находиться в употребляемых в пищу животных и продуктах питания человека.
8. Некоторые из этих особенностей также характерны для лекарственных средств, применяемых в лечении вирусных, паразитарных и грибковых заболеваний, поэтому используется более широкий термин «**устойчивость к противомикробным препаратам**».
9. Глобальный план действий в первую очередь относится к устойчивости к антибиотикам, но в надлежащих случаях касается и существующих планов действий по вирусным, паразитарным и бактериальным заболеваниям, включая ВИЧ/СПИД, малярию и

туберкулез¹. Многие меры, предложенные в этом плане, применимы не только к устойчивости этих разных микроорганизмов, но и к устойчивости к противогрибковым препаратам.

10. Устойчивость к противомикробным препаратам (и особенно к антибиотикам) растет, а перспективы появления новых классов антибиотиков в скором времени невелики. При этом сегодня многие понимают, что проблема устойчивости к противомикробным препаратам требует решения, и имеется политическая поддержка соответствующих усилий. Эта поддержка имеет многосекторальный характер: развивается сотрудничество между соответствующими секторами, особенно здравоохранения, ветеринарии и сельского хозяйства (включая трехстороннее взаимодействие ФАО, МЭБ и ВОЗ²). Необходимость принятия срочных мер соответствует подходу, основанному на принципе осторожности³, и межсекторальным усилиям и сотрудничеству на национальном и международном уровне не должны мешать разрывы в знаниях.

11. Данный глобальный план действий закладывает основу для национальных планов действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам. В нем предлагаются ключевые действия, которые различные субъекты должны постепенно предпринимать в ближайшие 5–10 лет для решения проблемы устойчивости к противомикробным препаратам. Эти действия базируются на пяти стратегических задачах, описанных в пунктах 29–47.

СУТЬ ПРОБЛЕМЫ

12. Достижения глобального здравоохранения за последние десятилетия находятся под угрозой в связи с тем, что микроорганизмы, которые вызывают многие распространенные болезни и патологии, в том числе ВИЧ/СПИД, малярию, заболевания, передающиеся половым путем, инфекции мочевыводящих путей, пневмонию, инфекции кровотока и пищевые отравления, стали устойчивыми к широкому ряду противомикробных препаратов. Врачи все чаще вынуждены прибегать к лекарственным средствам «последней надежды», которые стоят дороже, могут иметь больше побочных эффектов и часто отсутствуют или недоступны по цене в странах с низким и средним уровнем доходов. В некоторых случаях туберкулез и гонорея не поддаются лечению даже с помощью антибиотиков «последней надежды».

¹ World Health Organization global strategy for the surveillance and monitoring of HIV drug resistance. Geneva: World Health Organization; 2012. Guidelines for surveillance of drug resistance in tuberculosis, fourth edition. Geneva: World Health Organization; 2009. Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2014. Global plan for artemisinin resistance containment. Geneva: World Health Organization; 2011. Emergency response to artemisinin resistance in the Greater Mekong subregion. Geneva: World Health Organization; 2013. См. также резолюцию WHA62.15.

² The FAO-OIE-WHO Collaboration: sharing responsibilities and coordinating global activities to address health risks at the animal-human-ecosystems interfaces – a tripartite concept note, 2010, доступно на http://www.who.int/influenza/resources/documents/tripartite_concept_note_hanoi_042011_en.pdf (по состоянию 20 ноября 2014 г.).

³ Раздел IV: Анализ рисков, пункт 11. В: Совместная программа ФАО/ВОЗ по стандартам на пищевые продукты. Комиссия Codex Alimentarius: руководство по процедуре, двадцать третье издание. Рим: Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций; 2015:110.

13. Устойчивость развивается быстрее в условиях неправильного и избыточного применения противомикробных препаратов. По имеющимся данным, использование антибиотиков в лечении людей значительно возрастает. Опросы, проведенные в самых разных странах, свидетельствуют о том, что многие пациенты уверены, что антибиотиками можно вылечить вирусные инфекции, которые вызывают кашель, насморк и повышенную температуру. Антибиотики необходимы для лечения животных, но они также широко применяются в профилактических целях, а во многих странах массово добавляются в корм скоту для набора массы. Противомикробные препараты широко используются в растениеводстве и коммерческом разведении рыбы и морепродуктов. Потенциальное воздействие противомикробных препаратов на окружающую среду также представляет проблему для многих людей.

14. Устойчивость к противомикробным препаратам может коснуться **любого пациента, любой семьи**. Некоторые наиболее распространенные детские болезни в развивающихся странах, такие как малярия, пневмония, другие инфекции дыхательных путей и дизентерия, уже не поддаются лечению многими «старыми» антибиотиками и лекарственными средствами. Страны с низким уровнем доходов остро нуждаются в эффективных и доступных антибиотиках, которые могут спасти жизнь детям, страдающим от этих болезней и других патологий, таких как бактериальные инфекции кровотока. Во всех странах без эффективных антибиотиков, защищающих от инфекций, некоторые обычные хирургические операции и химиотерапия при лечении рака могут стать менее безопасными.

15. **Работники здравоохранения** играют ключевую роль в сохранении эффективности противомикробных препаратов. Неправильное назначение и отпуск могут приводить к ошибочному и избыточному применению таких препаратов, если медико-санитарный персонал не располагает актуальной информацией, неспособен определить тип инфекции, поддается давлению со стороны пациентов, требующих назначить им антибиотики, либо получает финансовую выгоду от сбыта лекарственных средств. Неудовлетворительная гигиена и недостаточные меры по профилактике инфекции и инфекционному контролю в больницах способствуют распространению инфекций. Пациенты больниц, инфицированные устойчивым к метициллину штаммом *Staphylococcus aureus*, подвержены более высокому риску смерти, чем инфицированные нерезистентной разновидностью бактерии.

16. Что касается **фермеров, животноводства и пищевой промышленности**, то утрата эффективных противомикробных препаратов наносит ущерб производству продуктов питания и сокращает доходы домохозяйств. Дополнительным риском для животноводов является работа с животными — носителями резистентных бактерий. В частности, фермеры, работающие со скотом, свиньями и птицей, инфицированными устойчивым к метициллину штаммом *Staphylococcus aureus*, подвержены гораздо более высокому риску колонизации или инфицирования этими бактериями. Одним из возможных векторов передачи резистентных бактерий от животных человеку является пища: употребление человеком продуктов питания, содержащих устойчивые к антибиотикам бактерии, может приводить к заражению устойчивыми к антибиотикам возбудителями инфекций. Существует также риск инфицирования резистентными организмами в результате контакта с растениями, обработанными противомикробными препаратами либо загрязненными навозом, и сточными водами ферм, попадающими в грунтовые воды.

17. Решение проблемы устойчивости к противомикробным препаратам потребует **политической воли** для проведения новой политики, в том числе по контролю использования противомикробных препаратов в здравоохранении, животноводстве и производстве продуктов питания. В большинстве стран антибиотики можно приобрести на рынках, в магазинах, в аптеках и через Интернет без рецепта и не обращаясь к профессиональному врачу или ветеринару. Медицинская и ветеринарная продукция плохого качества широко распространена и зачастую содержит низкие концентрации активных действующих веществ, что способствует возникновению резистентных микроорганизмов. Необходимо принимать и обеспечивать исполнение законов, гарантирующих качество, безопасность, эффективность и доступность лекарственных средств для тех, кто в них нуждается.

18. Участники Всемирного экономического форума указали на устойчивость к антибиотикам как на глобальный риск, с которым самостоятельно не может справиться ни одна отдельно взятая организация или государство¹, однако в целом осведомленность о возможных социальных, экономических и финансовых последствиях устойчивости к противомикробным препаратам недостаточна. В странах с развитой экономикой к таким последствиям относятся рост расходов на здравоохранение и сокращение предложения рабочей силы, производительности труда, доходов домохозяйств и государственных доходов и налоговых поступлений. В одном только Европейском союзе от нескольких штаммов, устойчивых к лекарственным средствам бактерий, ежегодно умирают около 25 000 человек, при этом ущерб в результате дополнительных расходов на здравоохранение и сокращения производительности, связанный с устойчивостью к противомикробным препаратам, достигает по меньшей мере 1,5 млрд. евро. Аналогичный анализ необходимо провести в странах с низким и средним уровнем доходов. Устойчивость к стандартным ветеринарным противомикробным препаратам приводит к снижению объемов производства продуктов питания, ухудшению состояния здоровья животных и росту издержек. Устойчивость к противомикробным препаратам наносит ущерб мировой экономике, поэтому необходимо подготовить полноценное экономическое обоснование необходимости долгосрочных и планомерных инвестиций для решения этой проблемы, включая предоставление развивающимся странам финансовой и технической помощи.

19. С точки зрения **фармацевтического сектора**, лекарственные средства, которые перестают действовать, теряют ценность. Ведущие представители этой отрасли являются ценными партнерами в борьбе против устойчивости к противомикробным препаратам: они поддерживают ответственное использование лекарственных средств, с тем чтобы они как можно дольше сохраняли эффективность, и обеспечивают НИОКР по инновационным лекарственным средствам и другим способам борьбы с резистентностью. С 1987 года не было открыто ни одного нового класса антибиотиков, и на сегодняшний день разрабатывается слишком мало антибактериальных препаратов, чтобы решить проблему множественной лекарственной устойчивости. Необходимы новые подходы к стимулированию инноваций и сотрудничества между директивными органами, научными кругами и фармацевтической промышленностью, направленного на разработку и распространение в глобальном масштабе новых технологий профилактики, диагностики и

¹ Howell L Ed. Global risks 2013: eighth edition. Geneva, World Economic Forum, 2013.

лечения резистентных инфекций. Для содействия обеспечению справедливого доступа к продукции гарантированного качества и другим соответствующим технологиям здравоохранения путем справедливого ценообразования и пожертвований для беднейших групп населения важны также партнерства государственного и частного секторов.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ШАГИ

20. Несмотря на звучавшие на протяжении многих лет предложения и инициативы по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, процесс идет медленно: с одной стороны это вызвано неэффективным мониторингом и отчетностью на национальном, региональном и глобальном уровнях, а с другой — недостаточным признанием всеми заинтересованными сторонами необходимости действий в своих соответствующих областях.

21. На национальном уровне необходимы планы оперативных действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, дополняющие стратегические рамки¹. Всем государствам-членам настоятельно предлагается в течение двух лет после утверждения плана действий Ассамблеей здравоохранения разработать национальные планы действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, соответствующие глобальному плану действий, а также стандартам и руководящим принципам, разработанным такими международными организациями, как Комиссия Кодекс алиментарии, ФАО и МЭБ. Необходимо, чтобы эти национальные планы действий обеспечили основу для оценки потребностей в ресурсах и учитывали национальные и региональные приоритеты. Партнеры и другие заинтересованные стороны, включая ФАО, МЭБ, Всемирный банк, промышленные ассоциации и фонды, должны также разработать и осуществлять планы действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам в своих соответствующих областях ответственности и сообщать о результатах в рамках своих циклов отчетности. Все планы действий должны основываться на следующих принципах:

(1) Вовлечение общества в целом, включая концепцию единого здравоохранения. Устойчивость к противомикробным препаратам может коснуться любого, независимо от места проживания, состояния здоровья, экономического положения, стиля жизни и поведения. Эта проблема выходит за рамки охраны здоровья человека и присуща таким секторам, как охрана здоровья животных, сельское хозяйство, продовольственная безопасность и экономическое развитие. Таким образом, все субъекты всех секторов и дисциплин должны участвовать в осуществлении плана действий и, в частности, в деятельности по сохранению эффективности противомикробных препаратов в рамках программ по сохранению и рациональному управлению.

¹ Секретариат совместно с государствами-членами провел работу по сбору и анализу информации о ходе подготовки национальных планов действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, а также норм и политики применения противомикробных препаратов. Доклад, подготовленный на основе этих данных, послужит отправной точкой для мониторинга будущего прогресса на национальном и глобальном уровнях и соответствующей отчетности, см. <http://www.who.int/drugresistance/documents/situationalsis/en/> (по состоянию на 9 сентября 2015 г.).

(2) **Профилактике – приоритет.** Предотвращенная инфекция лечения не требует. Профилактика инфицирования может быть затратноэффективной и проводиться в любых условиях и во всех секторах, даже при ограниченных ресурсах. Хорошие санитарно-гигиенические условия и другие меры по профилактике инфицирования, которые замедляют развитие и ограничивают распространение с трудом поддающихся лечению и устойчивых к антибиотикам инфекций, считаются «лучшими покупками».

(3) **Доступ.** Задача, состоящая в том, чтобы сохранить возможность лечения серьезных инфекций, требует равноправного доступа к существующим и новым противомикробным препаратам и их надлежащего применения. Эффективное осуществление национальных и глобальных планов действий по борьбе с противомикробной устойчивостью зависит, помимо прочего, от доступа к медицинским учреждениям, специалистам здравоохранения, ветеринарам, технологиям профилактики, диагностическим средствам, в том числе по месту оказания медицинской помощи, а также к знаниям, образованию и информации.

(4) **Устойчивость.** Все страны должны иметь национальные планы действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, включающие оценку потребностей в ресурсах. Для осуществления этих планов потребуются долгосрочные инвестиции, например в эпиднадзор, оперативные исследования, лаборатории, системы здравоохранения для людей и животных, потенциал компетентного нормативного регулирования, а также в профессиональное образование и подготовку в секторах охраны здоровья людей и животных. Для стимулирования технических и финансовых инвестиций, требующихся для эффективной разработки и осуществления национальных планов действий, необходимы политическая приверженность и международное сотрудничество.

(5) **Постепенное усложнение задач.** Государства-члены находятся на очень разных этапах разработки и внедрения национальных планов по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам. Для того чтобы все страны имели возможность достичь максимального успеха в реализации глобального плана действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, механизмы мониторинга и отчетности будут достаточно гибкими, так что каждая страна сможет определить, какие действия ей нужно предпринять на приоритетной основе для решения каждой из пяти приоритетных задач и принимать поэтапные меры, удовлетворяющие как нуждам местного населения, так и глобальным приоритетам.

КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ПРОЦЕСС

22. В мае 2014 года на Шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была принята резолюция WHA67.25 об устойчивости к противомикробным препаратам, в которой Ассамблея здравоохранения просила Генерального директора, *среди прочего*, разработать проект глобального плана действий по борьбе против устойчивости к противомикробным препаратам, включая устойчивость к антибиотикам, и представить проект через Исполнительный комитет на Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

23. На начальном этапе подготовки проекта глобального плана действий Секретариат использовал рекомендации Стратегической и технической консультативной группы по вопросам устойчивости к противомикробным препаратам¹, существующие национальные и региональные планы действий, руководящие указания и планы действий ВОЗ по смежным проблемам, а также другие имеющиеся данные и результаты анализа². Секретариат регулярно консультировал ФАО и МЭБ, в частности, в ходе встреч в рамках трехстороннего сотрудничества и консультаций на другие темы, для обеспечения концепции единого здравоохранения и согласованности с Кодексом алиментариус и международными стандартами и руководящими принципами МЭБ.

24. На своем втором совещании (Женева, 14–16 апреля 2014 г.)³ Стратегическая и техническая консультативная группа рассмотрела материалы, представленные более чем 30 дополнительными участниками, включая представителей межправительственных организаций, гражданского общества, учреждений, занимающихся вопросами здравоохранения и регулирования, промышленных ассоциаций, профессиональных организаций и объединений пациентов. На следующем совещании (Женева, 17 октября 2014 г.) Консультативная группа рассмотрела текст проекта глобального плана действий. Недавно Стратегическая и техническая консультативная группа провела свое четвертое совещание (Женева, 24 и 25 февраля 2015 г.) с целью предоставить Секретариату рекомендации в отношении окончательной доработки проекта глобального плана действий.

25. В июле и августе 2014 года Секретариат провел веб-консультации с государствами-членами и другими соответствующими заинтересованными сторонами и получил 130 замечаний и комментариев, в том числе 54 от государств-членов, 40 от неправительственных организаций и 16 от структур частного сектора.

26. В период с июня по ноябрь 2014 года государства-члены, заинтересованные стороны и Секретариат дополнительно обсудили на высоком уровне технические, политические и межучрежденческие вопросы, касающиеся плана действий⁴. К ним относятся Конференция по устойчивости к антибиотикам на уровне министров «Объединяя усилия в интересах здоровья будущих поколений» (Гаага, 25 и 26 июня 2014 г.); совещание по повестке дня в области обеспечения безопасности здоровья в мире, включая вопросы устойчивости к противомикробным препаратам (Джакарта, 20 и 21 августа 2014 г.); неофициальные

¹ Подробная информация о Стратегической и технической консультативной группе по вопросам устойчивости к противомикробным препаратам и ее рекомендациях на английском языке размещена по адресу: <http://www.who.int/drugresistance/stag/en/> (по состоянию на 18 ноября 2014 г.).

² Подробная информация о национальных и региональных планах действий, руководящих указаниях и планах действий ВОЗ по конкретным заболеваниям и проблемам здравоохранения, включая устойчивость к противомикробным препаратам, стандартам и руководящих принципах, разработанных такими межправительственными организациями, как ФАО и МЭБ, а также другая полезная информация приведена в дополнительном материале, см: <http://www.who.int/drugresistance/documents/situationanalysis/en/> (по состоянию на 9 сентября 2015 г.).

³ Доклад о заседании размещен по адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128675/1/WHO_HSE_PED_AIP_2014.4_eng.pdf?ua=1&ua=1 (по состоянию на 18 ноября 2014 г.).

⁴ Информация об этих консультациях размещена по адресу: <http://www.who.int/drugresistance/en/> (по состоянию на 9 марта 2015 г.).

консультации государств-членов в целях практического содействия разработке проекта плана (Женева, 16 октября 2014 г.); совещание по ответственному применению антибиотиков (Осло, 13 и 14 ноября 2014 г.) и совещание по глобальным возможностям, системам и стандартам эпиднадзора (Стокгольм, 2 и 3 декабря 2014 г.).

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ

27. План действий преследует главную цель обеспечить на как можно более длительный срок способность **лечить и предотвращать инфекционные заболевания с помощью эффективных и безопасных лекарственных средств** с гарантированным качеством, которые используются ответственно и которые доступны для тех, кто в них нуждается.

28. Для достижения этой главной цели необходимо решить пять стратегических задач. Они перечислены в пунктах 29–47, а в Таблице в пункте 50 указаны соответствующие действия, которые необходимо предпринять государствам-членам, Секретариату (включая деятельность ФАО, МЭБ и ВОЗ в рамках трехстороннего сотрудничества) и международным организациям и другим партнерам. Ожидается, что страны разработают собственные национальные планы действий по устойчивости к противомикробным препаратам, соответствующие глобальному плану.

Задача 1: Повышать осведомленность и улучшать понимание вопросов устойчивости к противомикробным препаратам посредством эффективной коммуникации, образования и профессиональной подготовки

29. Необходимо немедленно начать работу по повышению осведомленности в вопросах устойчивости к противомикробным препаратам и изменению поведения людей с помощью информационно–разъяснительных программ, ориентированных на разные целевые аудитории в секторах здравоохранения, ветеринарии и сельского хозяйства, а также на потребителей. Освещение вопросов применения противомикробных препаратов и резистентности в школьных учебных планах позволит улучшить понимание и повысить информированность с раннего возраста.

30. В среде профессионалов должный уровень понимания и осведомленности можно обеспечить, сделав тему устойчивости к противомикробным препаратам неотъемлемым элементом программ по профессиональной подготовке, обучению, сертификации, повышению квалификации и развитию в секторах здравоохранения, ветеринарии и сельского хозяйства.

Задача 2: Накапливать знания и фактологическую базу за счет исследований и эпиднадзора

31. В основе инвестиций и мероприятий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам должно лежать четкое обоснование их затратоэффективности и возможной пользы. Правительства стран, межправительственные организации, учреждения, профессиональные организации, неправительственные организации, промышленные и научные круги должны сыграть важную роль в накоплении таких знаний и их практическом применении.

32. К особенно важным пробелам в знаниях, которые необходимо устранить, относятся следующие вопросы:

- Информация о: необходимо обеспечить своевременный доступ к информации о заболеваемости, распространенности, характерных патогенах и особенностях географического распределения устойчивости к противомикробным препаратам, с тем чтобы учитывать всю эту информацию при лечении пациентов, подготовке мер на местном, национальном и региональном уровнях, а также при отслеживании эффективности принимаемых мер
- понимание того, каким образом развивается и распространяется устойчивость, а также как она передается между людьми и животными, а также через пищу, воду и окружающую среду, необходимо для разработки новых инструментов, норм и политики борьбы против устойчивости к противомикробным препаратам
- способность оперативно распознать недавно приобретенную микроорганизмами резистентность и прояснить механизмы этого процесса — эти знания необходимы для поддержания актуальности методов и инструментов эпиднадзора и диагностики
- для решения задач 1, 3 и 4 необходимо понимание социальных и поведенческих аспектов и проведение других исследований, включая исследования для поддержки эффективных программ рационального управления противомикробными препаратами в области охраны здоровья людей и животных и в сельском хозяйстве
- исследования, включая клинические исследования, проводимые с учетом соответствующих национальных и международных схем управления в области лечения и профилактики распространенных бактериальных инфекций, особенно в условиях нехватки ресурсов
- фундаментальные исследования и исследования, касающиеся практического применения научных знаний, необходимы для разработки новых методов лечения, диагностических средств, вакцин и других средств
- исследования, направленные на поиск альтернатив использованию противомикробных препаратов не в лечебных целях в сельском хозяйстве и аквакультуре, в том числе для стимуляции роста и защиты посевов
- экономические исследования, включая разработку моделей для оценки издержек от устойчивости к противомикробным препаратам, а также расходов на осуществление данного плана действий и отдачи от него.

33. Авторы доклада ВОЗ о положении дел в мире с устойчивостью к противомикробным препаратам¹ указали на многочисленные пробелы в знаниях об устойчивости патогенов к противомикробным препаратам, имеющие большое значение для общественного здравоохранения. В 2012 году всеми членами МЭБ были приняты международные

¹ Antimicrobial resistance: global report on surveillance 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.

стандарты гармонизации национальных программ контроля и мониторинга устойчивости к противомикробным препаратам, однако до сих пор не согласованы ни международные стандарты сбора данных и отчетности по устойчивости к противомикробным препаратам, ни единые стандарты для секторов здравоохранения, ветеринарного дела и сельского хозяйства. Кроме того, отсутствует глобальный форум для оперативного обмена информацией по вопросам, связанным с устойчивостью к противомикробным препаратам.

34. В 2013 году несколько государств – членов Европейского союза в рамках совместной программной инициативы опубликовали повестку дня стратегических исследований в области устойчивости к противомикробным препаратам¹. Данная инициатива, к которой присоединились некоторые страны, не входящие в Европейский союз, могла бы заложить основу для дальнейшего развития глобальной повестки дня стратегических исследований.

Задача 3: Сокращение числа случаев инфицирования путем создания хороших санитарно–гигиенических условий и принятия эффективных мер по профилактике инфицирования

35. Многие наиболее серьезные и с трудом поддающиеся лечению устойчивые к антибиотикам инфекции широко распространены в учреждениях здравоохранения, причем не только потому, что в них поступают пациенты с серьезными инфекциями, но и потому, что в них активно применяются антибиотики. Хотя развитие устойчивости в таких ситуациях может быть естественным последствием необходимого применения противомикробных препаратов, ненадлежащие меры по профилактике инфекции и инфекционному контролю могут способствовать распространению микроорганизмов, устойчивых к противомикробным препаратам.

36. Чтобы затруднить развитие и ограничить распространение устойчивых к антибиотикам инфекций и бактерий с множественной лекарственной устойчивостью необходимы более эффективные меры по улучшению санитарной культуры и профилактике. Эффективная профилактика инфекций, передающихся половым путем или при инъекциях наркотических средств, улучшение санитарии, мытье рук, безопасность пищи и воды также должны стать ключевыми элементами профилактики инфекционных заболеваний.

37. Необходимо настоятельно рекомендовать вакцинацию, в соответствующих случаях, в качестве меры по профилактике инфекции. Иммунизация может способствовать снижению устойчивости к противомикробным препаратам тремя путями:

- Существующие вакцины могут предотвращать инфекционные заболевания, лечение которых требует применения противомикробных препаратов.
- Существующие вакцины могут снижать распространенность первичных вирусных инфекций, которые часто ошибочно лечат антибиотиками и которые могут также приводить ко вторичным инфекциям, требующим лечения антибиотиками.

¹ Strategic Research Agenda: Joint Programming Initiative on Antimicrobial Resistance. The Hague, JPIAMR, 2013.

- Разработка и использование новых или усовершенствованных вакцин может предотвращать распространение заболеваний, которые становятся более трудноизлечимыми либо неизлечимыми в результате возникновения устойчивости к противомикробным препаратам.

38. Антибиотики широко используются в животноводстве. Иногда они применяются для профилактики инфекций, при наличии инфекции – для предотвращения распространения болезней в стаде, а также в качестве стимулятора роста. Как правило, скот получает антибиотики с пищей и водой. Устойчивые методы ведения животноводства, включая использование вакцин, также могут снижать заболеваемость и зависимость от антибиотиков, а также риск того, что устойчивые к антибиотикам микроорганизмы появятся и начнут распространяться по пищевой цепочке.

Задача 4: Оптимизировать использование противомикробных препаратов в охране здоровья человека и животных

39. Накоплены убедительные данные, свидетельствующие о том, что устойчивость к противомикробным препаратам связана с масштабным применением антибиотиков. Активное использование антибиотиков принимает разные формы: чрезмерное назначение, безрецептурная продажа и, в последнее время, продажи по Интернету, широко распространенные во многих странах. Несмотря на принимаемые рядом государств-членов меры, использование антибиотиков людьми, а также в животноводстве и сельском хозяйстве продолжает расти в глобальных масштабах. Прогнозируемый рост спроса на продукты питания животного происхождения может также способствовать более широкому использованию антибиотиков.

40. Данные по использованию антибиотиков собираются и анализируются во многих странах с высоким и средним уровнем доходов, а МЭБ разрабатывает базу данных по использованию антибиотиков в животноводстве. В то же время не хватает данных о применении антибиотиков у людей в пунктах оказания медицинской помощи и в странах с низким уровнем доходов.

41. Противомикробные препараты должны получить более широкое признание в качестве общественного блага, что приведет к более жесткому регулированию их распространения, качества и методов использования, а также стимулирует инвестиции в НИОКР. В ряде случаев расходы отрасли на продвижение продукции превышают государственные расходы на популяризацию рационального использования противомикробных препаратов и предоставление объективной информации.

42. Решения о назначении антибиотиков редко основываются на точном диагнозе. Необходимы эффективные и экономичные средства оперативной диагностики, которые позволили бы обеспечить оптимальное применение антибиотиков при лечении людей и животных, причем такие средства должны легко встраиваться в клиническую, фармацевтическую и ветеринарную практику. Нормой должны стать назначение и отпуск препаратов на основе фактических данных.

43. При безрецептурной продаже и реализации через Интернет регулирование использования противомикробных препаратов недостаточно или не обеспечивается

практическими мерами. К слабым местам, способствующим развитию устойчивости к противомикробным препаратам, относятся несоблюдение предписаний пациентами и провайдерами медицинских услуг, широкое использование в лечении людей и животных некачественных лекарственных средств и ненадлежащее и нерегулируемое использование противомикробных препаратов в сельском хозяйстве.

Задача 5: Подготовить экономическое обоснование планомерных инвестиций с учетом потребностей всех стран и увеличить инвестиции в разработку новых лекарственных средств, диагностических инструментов и вакцин и в реализацию других мер

44. Экономическое обоснование должно отражать необходимость укрепления потенциала, включая профессиональную подготовку в условиях нехватки средств, и необходимость обеспечения того, чтобы использование средств, включая лекарственные препараты, диагностические средства и вакцины, в рамках систем охраны здоровья людей и животных было основано на фактических данных.

45. Необходимо провести оценку экономических последствий бремени устойчивости к противомикробным препаратам для здравоохранения и более широких социально-экономических аспектов и сопоставить ущерб от бездействия с расходами и пользой в связи с действиями. Отсутствие таких данных затрудняет осуществление Глобальной стратегии сдерживания развития устойчивости к противомикробным препаратам 2001 года¹. Немногие проведенные исследования ущерба от устойчивости к противомикробным препаратам касаются в основном развитых стран.

46. Необходимы безотлагательные инвестиции в разработку новых противомикробных препаратов, диагностических средств и вакцин. Отсутствие таких инвестиций частично объясняется опасениями, что устойчивость возникнет быстро и отдача от инвестиций будет недостаточной по причине ограниченного использования. НИОКР по новым антибиотикам, таким образом, считаются менее выгодным вложением средств, чем инвестиции в разработку лекарственных средств от хронических болезней. На сегодняшний день большинство крупных фармацевтических компаний остановили исследования в этой области. Такое положение дел было охарактеризовано Консультативной рабочей группой экспертов ВОЗ по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация² как «серьезный сбой рыночных механизмов» и «повод для глубокой озабоченности». Необходимо внедрять новые процессы как для стимулирования инвестиций в исследования и разработку новых антибиотиков, так и для обеспечения того, чтобы новые препараты использовались под контролем систем здравоохранения, что позволит надолго сохранить их эффективность. Необходимо устранить связь между расходами на исследования и разработки, с одной стороны, и ценами и объемом продаж, с другой стороны, для содействия обеспечению справедливого доступа к приемлемым по цене новым лекарственным препаратам,

¹ Implementation workshop on the WHO global strategy for containment of antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization; 2003.

² Research and development to meet health needs in developing countries: strengthening global financing and coordination. Report of the consultative expert working group on research and development: financing and coordination. Geneva: World Health Organization; 2012.

диагностическим средствам, вакцинам и другим результатам научных исследований и разработок во всех странах. В последние годы появилось много форумов, на которых обсуждаются эти вопросы¹.

47. Антибиотики должны применяться в комплексе с доступными по цене диагностическими средствами в местах оказания медицинской помощи, с помощью которой медико-санитарный и ветеринарный персонал получал бы информацию об эффективности лечения заболеваний теми или иными антибиотиками, имеющимися в наличии. Следует учесть вопросы применимости и доступности этих методов в странах с низким и средним уровнем доходов.

РАМОЧНАЯ ПРОГРАММА ДЕЙСТВИЙ ПО УСТОЙЧИВОСТИ К ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ

48. Предлагаемая ниже программа предусматривает действия, которые государства-члены, Секретариат и международные и национальные партнеры должны предпринять для достижения цели и решения задач, поставленных в глобальном плане.

49. Всем государствам-членам настоятельно предлагается в течение двух лет после утверждения плана действий Ассамблеей здравоохранения ввести в действие национальные планы действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, в соответствии с глобальным планом действий, а также стандартами и руководящими принципами, разработанными такими международными организациями, как Комиссия Кодекс алиментариус, ФАО и МЭБ. Эти национальные планы действий должны стать основой для оценки потребностей в ресурсах, учитывать национальные и региональные приоритеты и принимать во внимание соответствующие местные и национальные схемы управления. Секретариат будет содействовать соответствующим усилиям путем:

- оказания странам поддержки в разработке, реализации и мониторинге национальных планов;
- направления и координации усилий по оказанию странам помощи в оценке и удовлетворении потребностей в инвестициях, в соответствии с принципом устойчивости (подпункт 21(4) выше);
- мониторинга разработки и осуществления планов действий государствами-членами и другими партнерами;
- публикации раз в два года докладов о ходе работы, включая оценку стран и организаций, разработавших планы, их прогресса в осуществлении и эффективности действий на региональном и глобальном уровнях, а также оценку прогресса, достигнутого ФАО, МЭБ и ВОЗ в осуществлении деятельности в рамках трехстороннего сотрудничества между организациями.

¹ Несколько существующих инициатив были рассмотрены в ходе технических консультаций ВОЗ по инновационным моделям разработки и сохранения эффективности новых антибиотиков (Женева, 13 мая 2014 г.) (http://www.who.int/phi/implementation/consultation_imnadr/en/ по состоянию на 20 ноября 2014 г.).

50. Секретариат будет также работать со Стратегической и технической консультативной группой по вопросам устойчивости к противомикробным препаратам, с государствами-членами, ФАО и МЭБ, а также с другими заинтересованными партнерами над созданием системы мониторинга и оценки, включая выработку измеримых показателей осуществления и эффективности глобального плана действий. В таблице ниже приведены примеры таких показателей эффективности (воздействия) для каждой из пяти стратегических задач.

<p>Задача 1: Повышать осведомленность и улучшать понимание вопросов устойчивости к противомикробным препаратам посредством эффективной коммуникации, образования и профессиональной подготовки</p> <p>Возможные показатели эффективности: масштаб сокращения использования антибиотиков людьми во всем мире (с поправкой на необходимость расширения доступа в некоторых контекстах) и сокращение использования антибиотиков в пищевой промышленности</p>		
<p>Действия государств-членов</p>	<p>Действия Секретариата</p>	<p>Действия международных и национальных партнеров</p>
<p>Работать над повышением общенациональной осведомленности в вопросах устойчивости к противомикробным препаратам с помощью информационно-разъяснительных программ, ориентированных на разные целевые аудитории в секторах охраны здоровья человека и животных и сельского хозяйства, включая участие в ежегодной глобальной информационной кампании по антибиотикам.</p> <p>Сделать тему устойчивости к противомикробным препаратам неотъемлемым элементом программ по профессиональной подготовке, обучению, сертификации и повышению квалификации в секторах здравоохранения, ветеринарного дела и сельского хозяйства.</p> <p>Включить вопросы применения противомикробных препаратов и резистентности в школьные учебные планы, что позволит улучшить понимание и повысить информированность детей, а также предоставлять</p>	<p>Разработать и начать осуществление глобальных программ и кампаний коммуникации, включая ежегодную общемировую информационную кампанию по антибиотикам, на базе существующих региональных и национальных кампаний и партнерств с другими организациями (например, ЮНЕСКО и ЮНИСЕФ). Распространять базовые коммуникационные материалы и инструменты (в том числе для социальных сетей и для оценки осведомленности и понимания вопроса в обществе), которые могут адаптироваться и использоваться государствами-членами и другими субъектами.</p> <p>Совместно с ФАО и МЭБ в рамках трехстороннего сотрудничества разработать базовые коммуникационные, образовательные и учебные материалы, которые могут быть адаптированы и использованы на региональном и национальном уровнях, посвященные, в частности, таким вопросам, как ответственное использование антибиотиков, важность</p>	<p>Профессиональные организации и объединения должны сделать тему устойчивости к противомикробным препаратам неотъемлемым элементом программ по образованию, обучению, сдаче экзаменов, профессиональной регистрации и сертификации и повышению квалификации.</p> <p>МЭБ рекомендуется продолжать оказывать поддержку своим членам во внедрении стандартов МЭБ, включая профессиональные стандарты ветеринарного дела, а также продолжать реализацию программы оказания ветеринарных услуг¹ и вести работу по актуализации законодательства.</p> <p>ФАО следует поддерживать усилия по повышению информированности в вопросах устойчивости к противомикробным препаратам и популяризировать передовые стандарты ухода за животными и гигиены среди животноводов и ветеринаров, а также других заинтересованных сторон в пищевой промышленности и сельском хозяйстве.</p> <p>Межправительственные организации, включая ФАО, МЭБ и Всемирный банк, должны повышать</p>

¹ См.: <http://www.oie.int/support-to-oie-members/pvs-evaluations/> (по состоянию на 20 ноября 2014 г.).

<p>средствам массовой информации точную и актуальную информацию, чтобы СМИ формировали у населения верные представления об антибиотиках.</p> <p>Признать устойчивость к противомикробным препаратам в качестве приоритетной проблемы, решение которой требует участия всех министерств путем включения в национальные перечни рисков и за счет других эффективных механизмов государственного взаимодействия.</p> <p>Стимулировать и поддерживать создание многосекторальных (в рамках концепции единого здравоохранения) коалиций для принятия мер в отношении устойчивости к противомикробным препаратам на местном или национальном уровне, а также участие в таких коалициях на региональном и глобальном уровнях.</p>	<p>профилактики инфицирования для секторов охраны здоровья человека и животных и сельского хозяйства, а также меры контроля за распространением резистентных микроорганизмов через пищу и окружающую среду. Оказывать государствам-членам поддержку в их работе по включению вопросов устойчивости к противомикробным препаратам в профессиональную подготовку, обучение и сертификацию.</p> <p>Регулярно публиковать доклады о прогрессе в осуществлении глобального плана действий и в достижении целей, чтобы поддержать приверженность борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам.</p> <p>На приоритетной основе обсуждать проблему устойчивости к противомикробным препаратам с государствами-членами в рамках региональных комитетов, Исполнительного комитета и Ассамблеи здравоохранения, а также с другими межправительственными организациями, включая Организацию Объединенных Наций.</p>	<p>осведомленность и улучшать понимание вопросов устойчивости к противомикробным препаратам и при поддержке ВОЗ дублировать действия Секретариата в пределах своей компетенции.</p> <p>Другие заинтересованные стороны, включая организации гражданского общества, торговые и промышленные объединения, профсоюзы, фонды, занимающиеся естественнонаучным образованием, и СМИ, также должны повышать осведомленность и улучшать понимание вопросов профилактики инфекций и применения противомикробных препаратов во всех секторах.</p> <p>ВОЗ, ФАО, МЭБ и другие международные заинтересованные стороны должны стимулировать и поддерживать государства-участников в создании коалиций и альянсов как внутри стран, так и на региональном/глобальном уровне.</p>
<p>Задача 2: Накапливать знания и фактологическую базу за счет исследований и эпиднадзора</p> <p>Возможные показатели эффективности: масштаб сокращения распространенности устойчивости к противомикробным препаратам исходя из данных, собранных в рамках комплексных программ эпиднадзора за устойчивостью к противомикробным препаратам во всех странах</p>		
<p>Действия государств-членов</p>	<p>Действия Секретариата</p>	<p>Действия международных и национальных партнеров</p>
<p>Разработать национальную систему надзора за устойчивостью к противомикробным препаратам, которая:</p> <ul style="list-style-type: none"> • включает национальный контрольный центр, способный систематически собирать и анализировать данные, в том числе данные по основным штаммам и противомикробным препаратам, получаемые как 	<p>Разработать и осуществлять глобальную программу эпиднадзора за устойчивостью к противомикробным препаратам у людей, включая стандарты и инструменты эпиднадзора и отчетности, определения случаев, схемы внешней оценки качества, в рамках которой сеть сотрудничающих центров ВОЗ будет оказывать содействие в осуществлении надзора за устойчивостью к противомикробным препаратам и</p>	<p>ФАО следует совместно с ВОЗ регулярно пересматривать и актуализировать Нормы и правила Комиссии ФАО/ВОЗ «Кодекс алиментарииус» по минимизации и сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам и Руководство «Кодекс алиментарииус» по анализу рисков, связанных с резистентностью к противомикробным препаратам, имеющей пищевое происхождение.</p>

<p>от учреждений здравоохранения, так и от населения, которые могли бы использоваться при разработке национальных стратегий и принятии решений;</p> <ul style="list-style-type: none"> • включает по меньшей мере одну контрольную лабораторию, способную проводить исследования восприимчивости для удовлетворения базовых потребностей в данных, с использованием стандартизированных тестов для выявления устойчивых микроорганизмов и соблюдением согласованных стандартов качества; • усиливает эпиднадзор в секторах охраны здоровья животных и сельского хозяйства путем осуществления рекомендаций Консультативной группы ВОЗ по комплексному мониторингу резистентности к противомикробным препаратам в отношении тестирования передающихся с пищей патогенов на предмет чувствительности возбудителей к антимикробным препаратам¹; стандартам, опубликованным в кодексах МЭБ для наземных и водных животных, включая мониторинг устойчивости и применения противомикробных препаратов^{2,3}; Нормам и 	<p>проведении внешней оценки качества в каждом регионе ВОЗ.</p> <p>Разработать, в консультации с государствами-членами и другими многосекторальными заинтересованными сторонами, стандарты для сообщения, предоставления и публикации данных об устойчивости к противомикробным препаратам с учетом установленной практики в области глобального эпиднадзора за болезнями и отчетности, а также правовых и этических требований.</p> <p>Регулярно сообщать о глобальных и региональных тенденциях применительно к распространенности устойчивости к противомикробным препаратам у людей.</p> <p>Совместно с ФАО и МЭБ в рамках трехстороннего сотрудничества оказывать содействие комплексным процессам надзора и отчетности по устойчивости к противомикробным препаратам в секторах охраны здоровья человека и животных и сельского хозяйства, а также разработать показатели устойчивости к противомикробным препаратам в пищевой цепи, на основе которых можно оценивать уровень риска для здоровья человека.</p> <p>Разработать механизм для мониторинга и отчетности в отношении потребления противомикробных препаратов в области охраны здоровья людей, включая стандарты для сбора и сообщения данных о применении в разных условиях, на основе результатов работы ОЭСР³.</p>	<p>Международное научное сообщество и ФАО должны содействовать проведению исследований, направленных на улучшение понимания последствий устойчивости к противомикробным препаратам для сельского хозяйства, животноводства и продовольственной безопасности, а также влияния методов ведения сельского хозяйства на возникновение и распространение устойчивости к противомикробным препаратам, и на уменьшение масштабов использования противомикробных препаратов не в лечебных целях в сельском хозяйстве, путем разработки устойчивых методов ведения животноводства.</p> <p>МЭБ следует регулярно обновлять кодексы для наземных и водных животных (особенно в части, касающейся устойчивости к противомикробным препаратам), провести обзор руководящих принципов в отношении методов лабораторного тестирования на предмет чувствительности возбудителей к антимикробным препаратам, а также содействовать созданию ветеринарных лабораторий в рамках программы оказания ветеринарных услуг.</p> <p>Доноры в сфере глобального здравоохранения, международные организации, занимающиеся проблемами развития и оказанием помощи, а также технические учреждения должны поддерживать развивающиеся страны в расширении их возможностей по сбору и анализу данных о распространенности устойчивости к противомикробным препаратам, а</p>
--	---	--

¹ Integrated surveillance on antimicrobial resistance: guidance from a WHO advisory group. Geneva: World Health Organization; 2013.

² См.: <http://www.oie.int/en/our-scientific-expertise/veterinary-products/antimicrobials> (по состоянию на 20 ноября 2014 г.).

³ См. документ CAC/GL 77-2011 на: <http://www.codexalimentarius.org/standards/list-of-standards/en/> (по состоянию на 20 ноября 2014 г.).

<p>правилам Комиссии ФАО/ВОЗ «Кодекс алиментариус» по минимизации и сдерживанию развития устойчивости к противомикробным препаратам¹; а также Руководству «Кодекс алиментариус» по анализу рисков, связанных с резистентностью к противомикробным препаратам, имеющей пищевое происхождение²;</p> <ul style="list-style-type: none"> • стимулирует участие в региональных и глобальных сетях и обмен информацией в целях обнаружения и мониторинга тенденций на национальном, региональном и глобальном уровнях; • способна обнаруживать и информировать о новых случаях возникновения устойчивости, которые могут являться чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, как того требуют Международные медико-санитарные правила (2005 г.). <p>Собрать и сообщить данные о применении противомикробных препаратов в области охраны здоровья людей и животных и в сельском хозяйстве, что позволит отслеживать тенденции и оценивать воздействие планов действий.</p>	<p>Вместе с ФАО и МЭБ, в рамках трехстороннего сотрудничества, собирать, обобщать и публиковать информацию о глобальном потреблении противомикробных препаратов.</p> <p>Консультировать государства-члены и другие заинтересованные стороны из различных секторов по вопросам формирования глобальной повестки дня в области общественного здравоохранения, предусматривающей исследования, нацеленные на устранение существенных пробелов в знаниях об устойчивости к противомикробным препаратам, включая методы оценки бремени устойчивости к противомикробным препаратам для здравоохранения и экономики, затратоэффективность принимаемых мер, механизмы возникновения и распространения устойчивости, а также исследования, которые могли бы заложить фундамент для разработки новых мероприятий, диагностических средств и вакцин. Отслеживать и сообщать о ходе осуществления повестки дня в области исследований, в частности при помощи Глобальной обсерватории ВОЗ по научным исследованиям и разработкам в области здравоохранения.</p> <p>Совместно с партнерами создать надежное хранилище информации об устойчивости к противомикробным препаратам и о применении и эффективности противомикробных препаратов, интегрированное в глобальную обсерваторию по научным</p>	<p>также обмену и передаче таких данных.</p> <p>Организации и фонды, финансирующие исследования, должны поддерживать осуществление согласованной глобальной повестки дня в области общественного здравоохранения, посвященной исследованиям устойчивости к противомикробным препаратам.</p>
--	--	---

³ Prescribing in primary care. In: Health at a glance 2013: OECD Indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2013.

¹ См.: <http://www.codexalimentarius.org/committees-task-forces//?provide=committeeDetail&idList=6> (по состоянию на 20 ноября 2014 г.).

² См. документ CAC/GL 77-2011: <http://www.codexalimentarius.org/standards/list-of-standards/en/> (по состоянию на 20 ноября 2014 г.).

<p>Рассмотреть возможность осуществления согласованной глобальной повестки дня в области общественного здравоохранения, посвященной исследованиям устойчивости к противомикробным препаратам, включая: исследования в области ответственного применения противомикробных препаратов; совершенствование методов профилактики инфицирования в секторах охраны здоровья человека и животных и сельского хозяйства; а также содействие разработке современных диагностических средств и противомикробных препаратов.</p>	<p>исследованиям и разработкам в области здравоохранения и действующее на основе программы независимой оценки и анализа данных.</p>	
--	---	--

Задача 3: Сокращение числа случаев инфицирования путем создания хороших санитарно-гигиенических условий и принятия эффективных мер по профилактике инфицирования

Возможные показатели эффективности: масштаб сокращения распространенности поддающихся профилактике инфекций, в частности снижение заболеваемости устойчивыми к лекарственным средствам инфекциями в учреждениях здравоохранения

<p>Действия государств-членов</p>	<p>Действия Секретариата</p>	<p>Действия международных и национальных партнеров</p>
<p>Государства-члены могут рассмотреть возможность следующих действий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • принять безотлагательные меры по улучшению санитарной культуры, профилактике инфекции и инфекционному контролю; • включить подготовку в области санитарной культуры, профилактики инфекций и инфекционного контроля в качестве основного (обязательного) элемента в учебные планы при профессиональной подготовке и обучении специалистов в области здравоохранения и ветеринарного дела, а также при повышении квалификации, аккредитации и регистрации. 	<p>Содействовать разработке и реализации политики и инструментов улучшения санитарной культуры и повышения эффективности мер по профилактике инфекций и инфекционному контролю, особенно в целях борьбы с устойчивостью к противомикробным препаратам, и поощрять участие гражданского общества и объединений пациентов в совершенствовании практики в этих областях.</p> <p>Обеспечить, чтобы при разработке рекомендаций в отношении новых и существующих вакцин учитывались перспективы сужения круга вариантов лечения по причине устойчивости к противомикробным препаратам, а также дополнительные</p>	<p>Профессиональные общества и аккредитационные органы должны поддержать включение вопросов профилактики инфекций в качестве обязательного элемента в программы профессиональной подготовки, аккредитации и регистрации.</p> <p>МЭБ следует актуализировать свои кодексы и руководства по мере появления новых вакцин.</p> <p>ФАО следует продолжать взаимодействовать с производителями и заинтересованными сторонами в секторах производства продуктов питания и сельского хозяйства и помогать им перенимать передовую практику в области животноводства и здравоохранения в целях снижения использования антибиотиков и риска возникновения и распространения устойчивости к противомикробным препаратам.</p>

<ul style="list-style-type: none"> Разработать или усилить национальные меры политики и практические стандарты в отношении мер профилактики инфекции и инфекционного контроля в медицинских учреждениях и проводить мониторинг осуществления и соблюдения этих национальных мер политики и стандартов. <p>Включить в национальные мероприятия по эпиднадзору за устойчивостью к противомикробным препаратам сбор и передачу данных о чувствительности к противомикробным препаратам микроорганизмов, вызывающих инфекции, связанные с оказанием медико-санитарных услуг.</p> <p>Усилить практические методики в области охраны здоровья животных и сельского хозяйства путем применения стандартов, опубликованных в кодексах МЭБ для наземных и водных животных¹ и Нормах и правилах Комиссии ФАО/ВОЗ «Кодекс алиментариус» по минимизации и сдерживанию развития устойчивости к противомикробным препаратам².</p> <p>Развивать вакцинацию как способ борьбы с инфекциями мясомолочного скота.</p>	<p>преимущества, связанные с сокращением использования противомикробных препаратов, включая антибиотики.</p> <p>Совместно с партнерами и другими организациями работать над улучшением условий для разработки и проведения клинических испытаний конкретных приоритетных вакцин для профилактики с трудом поддающихся лечению и неизлечимых инфекций.</p> <p>Совместно с ФАО и МЭБ в рамках трехстороннего сотрудничества разрабатывать рекомендации по вакцинации мясомолочного скота, включая рекомендации для новых вакцин, для профилактики болезней людей и скота, передающихся с пищей, и сокращения использования противомикробных препаратов.</p>	
<p>Задача 4: Оптимизировать использование противомикробных препаратов в охране здоровья человека и животных</p> <p>Возможные показатели эффективности: масштаб сокращения использования антибиотиков людьми во всем мире (с поправкой на необходимость расширения доступа в некоторых контекстах), потребления антибиотиков, применяемых при производстве продуктов питания (наземные и водные животные, другие аспекты сельского хозяйства) и использования медицинских и ветеринарных противомикробных препаратов для целей, отличных от сохранения здоровья людей и животных</p>		

¹ См.: <http://www.oie.int/en/our-scientific-expertise/veterinary-products/antimicrobials> (по состоянию на 20 ноября 2014 г.).

² См.: <http://www.codexalimentarius.org/committees-task-forces//?provide=committeeDetail&idList=6> (по состоянию на 29 октября 2014 г.).

<p>Действия государств-членов</p>	<p>Действия Секретариата</p>	<p>Действия международных и национальных партнеров</p>
<p>Разработать и осуществлять комплексные планы действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, включающие следующие элементы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • распределение, назначение и отпуск противомикробных препаратов осуществляются квалифицированным медико-санитарным или ветеринарным персоналом под контролем органа, предусмотренного законодательством, или иного подготовленного надлежащим образом лица, уполномоченного в соответствии с национальным законодательством; • разрешение на сбыт выдается только для качественных, безопасных и эффективных противомикробных препаратов; • разработку и ввод в действие национальных и институциональных перечней основных лекарственных средств с учетом Примерного перечня основных лекарственных средств ВОЗ, перечней возмещения и стандартных руководящих принципов лечения, регулирующих закупку и назначение противомикробных препаратов, а также меры по регулированию и контролю методов продвижения продукции, используемых в отрасли; • лабораторные мощности для выявления патогенов и их чувствительности к противомикробным препаратам для обеспечения оптимального использования противомикробных препаратов в клинической практике; • программы регулирования, направленные на мониторинг и содействие оптимизации применения противомикробных препаратов на национальном и местном уровнях в 	<p>В рамках трехстороннего сотрудничества с ФАО и МЭБ укреплять и согласовывать концепции особо важных для охраны здоровья человека и животных антибиотиков, предусматривающие применение новых антибиотиков, что позволило бы выработать единую позицию в отношении ограничения использования противомикробных препаратов в здравоохранении.</p> <p>Оказывать государствам-членам содействие в разработке и практическом применении норм с тем, чтобы качественные, безопасные и эффективные противомикробные препараты доходили до потребителей.</p> <p>Разработать технические руководящие принципы и стандарты, регулирующие обеспечение доступа, основанный на фактах выбор и ответственное применение противомикробных препаратов, включая анализ причин неудачного лечения.</p> <p>Играть ведущую роль в укреплении систем регулирования лекарственных средств на национальном и региональном уровнях, с тем чтобы надлежащие методы оптимизации применения противомикробных препаратов имели поддержку в виде рациональной и применимой на практике нормативной базы, а методы продвижения регулировались должным образом.</p> <p>Консультироваться с государствами-членами и ассоциациями фармацевтической отрасли в отношении инновационных</p>	<p>МЭБ следует регулярно актуализировать свои кодексы для наземных и водных животных, особенно в части, касающейся устойчивости к противомикробным препаратам.</p> <p>ФАО совместно с ВОЗ следует регулярно пересматривать и актуализировать Нормы и правила Комиссии ФАО/ВОЗ «Кодекс алиментарии» по минимизации и сдерживанию развития устойчивости к противомикробным препаратам с целью учесть не только остатки в пищевых продуктах, но и необходимость выработки стандартов для минимизации и контроля применения противомикробных препаратов в сельском хозяйстве.</p> <p>МЭБ совместно с ФАО и ВОЗ в рамках трехстороннего сотрудничества следует создать и обеспечить функционирование глобальной базы данных по применению противомикробных препаратов у животных.</p> <p>Научно-исследовательское сообщество как в государственном, так и в частном секторах, включая фармацевтическую отрасль, должно инвестировать в разработку эффективных и недорогих средств диагностики инфекционных заболеваний и тестирования на чувствительность к противомикробным препаратам, используемым в здравоохранении и ветеринарии в местах оказания медицинской помощи и отпуска лекарственных средств (аптеках).</p> <p>Доноры, благотворительные и иные неправительственные организации и гражданское общество должны обеспечить, чтобы их усилия по расширению доступа к противомикробным препаратам сопровождались мерами по сохранению эффективности таких препаратов.</p>

<p>соответствии с международными стандартами и призванные обеспечивать правильное назначение препарата и выбор дозировки на основе фактических данных;</p> <ul style="list-style-type: none"> • выявление и устранение во всех секторах экономических стимулов, поощряющих ненадлежащее применение противомикробных препаратов, и формирование стимулов, поощряющих оптимизацию их применения; • эффективное и применимое на практике регулирование и руководство по лицензированию, сбыту, применению и контролю качества противомикробных препаратов, используемых в охране здоровья как людей, так и животных, включая нормативно-правовую базу для сохранения эффективности новых антибиотиков; • политику применения противомикробных препаратов у наземных и водных животных и в сельском хозяйстве, включая осуществление международных стандартов и руководящих принципов «Кодекс алиментарийс» и МЭБ, а также руководящих указаний ВОЗ и МЭБ относительно применения особо важных антибиотиков; постепенный отказ от использования антибиотиков для стимулирования роста животных и защиты посевов при отсутствии анализа риска; и сокращение использования противомикробных препаратов не в лечебных целях в области охраны здоровья животных. 	<p>механизмов регулирования новых противомикробных препаратов, например признания их отдельным классом лекарственных средств, который требует отдельных норм регулирования, а также в отношении новых подходов к маркировке продукции, ориентированных в первую очередь не на сбыт, а на потребности общественного здравоохранения, что будет способствовать сохранению эффективности препаратов и глобальному доступу.</p> <p>На основе наилучших имеющихся данных о вредном воздействии разработать (в рамках трехстороннего сотрудничества с ФАО и МЭБ) стандарты и руководящие принципы в отношении присутствия противомикробных препаратов и их остатков в окружающей среде, особенно в воде, сточных водах и пище (включая корм для наземных и водных животных).</p>	<p>Профессиональные органы и объединения, включая отраслевые ассоциации, компании по медицинскому страхованию и другие стороны должны разработать кодекс поведения, охватывающий вопросы профессиональной подготовки, образования, сбыта, закупок, возмещения и применения противомикробных препаратов. В кодексе должны быть предусмотрены обязательства по соблюдению национальных и международных норм и стандартов и по устранению зависимости от фармацевтической отрасли в том, что касается информации и повышения квалификации по лекарственным средствам, а в некоторых случаях и финансовой зависимости.</p>
---	--	--

Задача 5: Подготовить экономическое обоснование планомерных инвестиций с учетом потребностей всех стран и увеличить инвестиции в разработку новых лекарственных средств, диагностических инструментов и вакцин и в реализацию других мер

Возможные показатели эффективности: рост устойчивых инвестиций в укрепление потенциала для противодействия устойчивости к противомикробным препаратам во всех странах, включая инвестиции в разработку новых лекарственных, диагностических и иных средств

Действия государств-членов	Действия Секретариата	Действия международных и национальных партнеров
<p>Государствам-членам следует рассмотреть возможность проведения оценки потребности в инвестициях для реализации их национальных планов действий по устойчивости к противомикробным препаратам, а также разработать планы изыскания и вложения необходимых средств.</p> <p>Государствам-членам рекомендуется участвовать в совместных международных исследованиях и поддерживать разработку новых лекарственных и диагностических средств и вакцин путем:</p> <ul style="list-style-type: none"> • приоритизации и содействия фундаментальным научным исследованиям в области инфекционных заболеваний и поддержки партнерств между научно-исследовательскими учреждениями в развитых и развивающихся странах; • сотрудничество на основе справедливого и равноправного пользования преимуществами, в соответствии с взаимными договоренностями, в области исследования естественных источников биоразнообразия и хранилищ биологического материала в целях разработки новых антибиотиков; • укрепления существующих и создания новых государственно-частных партнерств в целях содействия НИОКР по новым противомикробным 	<p>Совместно с Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций и учреждениями системы Организации Объединенных Наций выработать наилучший механизм (механизмы) для осуществления инвестиций, необходимых для реализации глобального плана действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, особенно в том, что касается нужд развивающихся стран.</p> <p>Совместно с Всемирным банком и другими банками развития разработать и применять модели по оценке инвестиций, необходимых для реализации национальных планов действий по устойчивости к противомикробным препаратам, а также анализировать соответствующие потребности.</p> <p>Совместно с Всемирным банком, а также ФАО и МЭБ (в рамках трехстороннего сотрудничества) оценить экономические последствия устойчивости к противомикробным препаратам и реализации плана действий в области охраны здоровья животных и сельского хозяйства.</p> <p>Совместно с государствами-членами, межправительственными организациями, отраслевыми ассоциациями и другими заинтересованными сторонами изучить возможности для создания нового партнерства или партнерств с целью:</p> <ul style="list-style-type: none"> • координации осуществления многих не связанных между собой инициатив для возобновления инвестиций в НИОКР по антибиотикам (включая последующие инициативы Консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам¹); • определения приоритетов для новых средств лечения и диагностики и вакцин исходя из появления и распространенности серьезных или угрожающих жизни инфекций, вызванных резистентными патогенами; 	<p>Партнеры в финансовом и экономическом секторах должны проработать экономическое обоснование для национальных и глобальных инвестиций в решение проблемы устойчивости к противомикробным препаратам, в том числе провести оценку расходов на осуществление данного плана действий и ущерба от бездействия; эту работу может координировать Всемирный банк.</p> <p>ФАО, МЭБ и другие партнеры должны поддержать проведение необходимого анализа для обоснования инвестиций и для выбора оптимальных мер по совершенствованию практики в области животноводства, управления, здравоохранения, санитарной культуры и биоконтроля в целях сокращения использования противомикробных препаратов (и устойчивости к противомикробным препаратам) в различных производственных условиях.</p>

¹ Исследования и разработки для удовлетворения медико-санитарных потребностей в развивающихся странах: укрепление глобального финансирования и координации. Доклад Консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012.

<p>препаратам и диагностическим средствам;</p> <ul style="list-style-type: none">• экспериментальной реализации инновационных подходов к финансированию НИОКР и переходу на новые рыночные модели для поощрения инвестиций и обеспечения доступа к новым противомикробным препаратам.	<ul style="list-style-type: none">• получения и распределения инвестиций для разработки новых вакцин, лекарственных, диагностических и иных средств;• содействия широкому и равноправному доступу к существующим и новым лекарственным средствам¹ и другой продукции и обеспечения их надлежащего и оптимального применения;• формирования моделей открытого сотрудничества в области НИОКР, поддерживающих доступ к знаниям и продукции, полученным в результате таких исследований, и предоставляющих стимулы для инвестирования.	
---	--	--

¹ Многие меры, позволяющие поддержать приемлемый в ценовом отношении и равноправный доступ к лекарственным средствам, изложены в Глобальной стратегии и плане действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Поправки к Положениям о персонале¹

[A68/46 – 17 апреля 2015 г.]

ПОЛОЖЕНИЯ О ПЕРСОНАЛЕ – СТАТЬЯ IV

Назначение на должность, перевод, назначение на другую должность и повышение в должности

- 4.1 Генеральный директор назначает сотрудников на должности, переводит, назначает на другую должность и повышает в должности, руководствуясь соображениями необходимости, без различия расы, пола или религии.
- 4.2 Соображением первостепенной важности при назначении на должность, переводе, назначении на другую должность или повышении в должности сотрудников является необходимость обеспечения наивысшего уровня эффективности, компетентности и добросовестности. Должным образом учитывается важность набора сотрудников на как можно более широкой географической основе.
- 4.3 Насколько это возможно, набор осуществляется на конкурсной основе; однако вышесказанное не касается заполнения постов путем перевода или назначения на другую должность сотрудника без повышения в должности в интересах Организации.
- 4.4 Без ущерба для притока новых кадров, посты заполняются путем назначения сотрудников на новые должности, как это определяет и на условиях, которые устанавливает, Генеральный директор, предпочтительно перед другими лицами. На взаимной основе такое предпочтение распространяется также на Организацию Объединенных Наций и на специализированные учреждения, связанные с Организацией Объединенных Наций.

ПОЛОЖЕНИЯ О ПЕРСОНАЛЕ – СТАТЬЯ IX

Прекращение службы

...

- 9.2 Генеральный директор может уволить сотрудника с занимаемой должности в соответствии с условиями его найма, в случаях, если интересы службы требуют ликвидации его должности или сокращения штатов, если работа сотрудника оказывается неудовлетворительной, если он отказывается от разумного назначения на другую должность или не вступает в эту должность или если сотрудник не способен к дальнейшей службе по состоянию здоровья.

...

¹ В текст внесены поправки в соответствии с резолюцией WNA68.17.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Глобальная стратегия и план действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности: круг ведения всесторонней оценки¹

[A68/35, пункты 12–17 – 15 мая 2015 г.]

[В пунктах 1–11 изложены история вопроса и варианты рассмотрения.]

12. Общая цель всесторонней оценки – оценить ход осуществления восьми элементов глобальной стратегии:

- (a) определение приоритетных потребностей в научных исследованиях и разработок
- (b) содействие научным исследованиям и разработкам
- (c) создание и совершенствование инновационного потенциала
- (d) передача технологии
- (e) применение интеллектуальной собственности и управление ею в целях содействия инновационной деятельности и укрепления общественного здравоохранения
- (f) улучшение доступа и поставок
- (g) продвижение устойчивых механизмов финансирования
- (h) создание систем мониторинга и отчетности.

13. В ходе оценки за период 2008–2015 гг. будут документированы достижения, пробелы и остающиеся проблемы и подготовлены рекомендации по дальнейшему продвижению вперед. Ее результаты будут также учитываться в ходе общего программного обзора.

14. Оценка охватит осуществление восьми элементов самой стратегии и 108 конкретных мероприятий, сформулированных в плане действий. Будет рассмотрено осуществление всеми заинтересованными сторонами, указанными в плане действий на различных уровнях

¹ См. резолюцию WHA68.18.

(глобальном, региональном и национальном), в том числе национальными правительствами, Секретариатом и другими соответствующими заинтересованными сторонами.

15. Оценка будет проводиться в соответствии с политикой ВОЗ в отношении оценки по поручению и под руководством Бюро оценок ВОЗ при поддержке специальной группы по руководству оценкой.

16. Оценку проведет внешний независимый оценщик, отобранный в результате открытого тендера. В роли оценщика выступит какая-нибудь независимая внешняя организация или группа с надлежащими знаниями по предмету оценки и сочетанием навыков, а также соответствующим опытом проведения оценок новаторских стратегий в области общественного здравоохранения и доступа к медицинской продукции и технологиям.

17. Оценка будет произведена с использованием комбинации методов, чтобы дать надлежащие ответы на вопросы оценки, включая: обзор имеющейся литературы; использование существующих данных и информации из различных имеющихся источников; сбор качественных и количественных данных, в том числе с помощью вопросников, адресованных заинтересованным сторонам, которые перечислены в плане действий, и, в соответствующих случаях, тематических исследований по странам. Методика оценки будет доработана группой по оценке в ее докладе о начале работы и рассмотрена совместно со специальной группой по руководству оценкой.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Итоги второй Международной конференции по вопросам питания¹

[А68/8, Приложения 1 и 2 – 24 апреля 2015 г.]

РИМСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ПО ВОПРОСАМ ПИТАНИЯ

R

Вторая Международная конференция по вопросам питания



Продовольственная и
сельскохозяйственная организация
Объединенных Наций



Всемирная организация
здравоохранения

Viale delle Terme di Caracalla, 00153 Rome, Italy - Tel: (+39) 06 57051 - Fax: (+39) 06 5705 4593 - E-mail: ICN2@fao.org - www.fao.org/icn2

Вторая Международная конференция по вопросам питания

Рим, 19-21 ноября 2014 г.

**Итоговый документ Конференции:
Римская декларация по вопросам питания**

Приветствуя участие глав государств и правительств и других высокопоставленных гостей,

1. Мы, министры и представители членов Продовольственной и сельскохозяйственной организации Объединенных Наций (ФАО) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) собрались на второй Международной конференции по вопросам питания, которая была совместно организована ФАО и ВОЗ в Риме 19-21 ноября 2014 года, для обсуждения многочисленных проблем, связанных с неполноценным питанием во всех его формах, и поиска возможностей по их решению в предстоящие десятилетия.

2. Вновь подтверждая обязательства, принятые на первой Международной конференции по вопросам питания в 1992 году, на всемирных встречах на высшем уровне по проблемам продовольствия в 1996 и 2002 годах, на Всемирном саммите по продовольственной

¹ См. резолюцию WHA68.19.

безопасности в 2009 году, а также в рамках соответствующих международных целей и планов действий, включая глобальные цели ВОЗ по улучшению питания к 2025 году и Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 годы.

3. Вновь подтверждая право каждого человека в достаточном объеме получать безопасные и полезные продукты питания, которое согласуется с правом на достаточное питание и основополагающим правом на жизнь без голода в соответствии с Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах и другими соответствующими документами Организации Объединенных Наций.

Многочисленные вызовы, связанные с неполноценным питанием, для широкого и устойчивого развития и здравоохранения

4. Признаем, что неполноценное питание во всех его формах, включая недоедание, недостаточность питательных микроэлементов, избыточный вес и ожирение, не только затрагивает здоровье и благополучие людей, негативно влияя на физическое и умственное развитие личности, угрожая иммунной системе, снижая устойчивость к неинфекционным и инфекционным заболеваниям, препятствуя реализации потенциала личности и снижая производительность труда, но и ложится тяжелым бременем в виде социально-экономических издержек на отдельных людей, семьи, общины и государства.

5. Признаем, что причины и факторы, приводящие к неполноценному питанию, сложны и многообразны:

- a) нищета, недостаточный уровень развития и низкий социально-экономический статус в значительной степени обуславливают неполноценное питание как в сельской местности, так и в городах;
- b) отсутствие постоянного доступа к достаточным по объему, отвечающим установленным требованиям по количеству и качеству, учитывающим религиозные, культурные и традиционные нормы и индивидуальные пищевые привычки и предпочтения пищевым продуктам в соответствии с национальным и международным правом и обязательствами;
- c) проблема неполноценного питания зачастую усугубляется плохими условиями ухода за грудными и маленькими детьми и их кормления, плохими санитарно-гигиеническими условиями, отсутствием доступа к образованию, качественным системам здравоохранения и безопасной питьевой воде, инфекциями, передаваемыми с пищей и переносимыми паразитами, попаданием в организм человека загрязнителей во вредных количествах в результате нарушений требований безопасности на этапе от производства до потребления;
- d) эпидемии, такие как болезнь, вызванная вирусом Эбола, представляют собой серьезную угрозу продовольственной безопасности и питанию.

6. Признаем, что в большинстве стран сосуществуют различные формы неполноценного питания; хотя неправильный рацион питания присущ всем социально-экономическим

группам, между странами и внутри стран существуют значительные различия в том, что касается качества питания, существующих рисков, а также энергетической и питательной ценности потребляемых продуктов.

7. Признаем, что некоторые социально-экономические и экологические изменения могут оказывать влияние на режимы питания и физической активности, что делает людей более подверженными ожирению и неинфекционным заболеваниям при малоподвижном образе жизни и увеличении потребления богатых жирами пищевых продуктов, особенно насыщенными и транс-жирами, сахарами и солью/натрием.

8. Признаем необходимость реагирования на последствия изменения климата и другие экологические факторы, отражающиеся на продовольственной безопасности и питании, в особенности на количестве, качестве и разнообразии производимого продовольствия, путем принятия соответствующих мер по устранению отрицательных последствий.

9. Признаем, что конфликты и постконфликтные ситуации, чрезвычайные ситуации гуманитарного характера и затяжные кризисы, включая, среди прочего, засухи, наводнения и опустынивание, а также пандемии, отрицательно отражаются на продовольственной безопасности и питании.

10. Признаем, что существующим продовольственным системам становится все сложнее обеспечивать всех людей достаточными по количеству, безопасными, разнообразными и богатыми питательными веществами пищевыми продуктами, обеспечивающими здоровый рацион питания, в частности, в связи с ограничениями, обусловленными дефицитом ресурсов и ухудшением состояния окружающей среды, а также неустойчивыми моделями производства и потребления, продовольственными потерями и пищевыми отходами и несбалансированным распределением.

11. Признаем, что торговля представляет собой один из ключевых элементов обеспечения продовольственной безопасности и питания и что торговая политика должна содействовать обеспечению продовольственной безопасности и питания в рамках справедливой и опирающейся на рыночные принципы международной торговой системы, и, в соответствии с Римской декларацией 1996 года, вновь подтверждаем необходимость воздерживаться от односторонних мер, противоречащих международному праву, включая Устав Организации Объединенных Наций, которые негативно отражаются на продовольственной безопасности и питании.

12. С глубокой обеспокоенностью отмечаем, что, несмотря на существенные достижения во многих странах, последние десятилетия характеризовались скромным и неравномерным прогрессом в плане сокращения масштабов неполноценного питания, и расчеты указывают на то, что:

- a) масштабы проблемы неполноценного питания несколько уменьшились, однако абсолютное количество страдающих от него людей остается неприемлемо высоким: в 2012-2014 годах оно составило около 805 миллионов человек;
- b) масштабы хронического недоедания, определяющегося в виде отставания в росте, уменьшились, однако в 2013 году от него все еще страдали 161 миллион детей в

возрасте до пяти лет, причем от острого недоедания (истощения) в 2013 году страдали 51 миллион детей в возрасте до пяти лет;

- c) недоедание остается основной причиной смертности среди детей в возрасте до пяти лет, и на его долю в 2013 году пришлось 45% всех случаев детской смертности;
- d) более двух миллиардов человек страдают от дефицита микронутриентов, особенно витамина А, йода, железа, цинка и других;
- e) во всех регионах быстро нарастают такие явления, как избыточный вес и ожирение среди детей и взрослых: в 2013 году 42 миллиона детей в возрасте до пяти лет имели лишний вес, а в 2010 году 500 миллионов взрослых страдали от ожирения;
- f) факторы риска, связанные с рационом питания на фоне недостаточной двигательной активности, вызывают 10% случаев заболеваний и инвалидности.

Единая концепция глобальных действий, призванных положить конец всем формам неполноценного питания

13. Мы подтверждаем, что:

- a) искоренение неполноценного питания во всех его проявлениях является императивным требованием с точки зрения здоровья и по этическим, политическим, социальным и экономическим причинам и что особое внимание при этом следует обратить на потребности детей, женщин, лиц старшего возраста, инвалидов и представителей других уязвимых групп, а также лиц, оказавшихся в условиях чрезвычайных ситуаций гуманитарного характера;
- b) политика в области питания должна содействовать обеспечению разнообразного, сбалансированного и здорового рациона питания на всех этапах жизни. В частности, особое внимание следует уделять в первые 1000 дней жизни ребенка (с начала беременности и до достижения ребенком двухлетнего возраста), беременным и кормящим женщинам, женщинам репродуктивного возраста и девочкам-подросткам, стимулируя и поддерживая должные методы ухода и вскармливания, включая исключительно грудное вскармливание в первые шесть месяцев и до достижения двухлетнего возраста, а также в последующий период, в сочетании с надлежащим прикормом. Следует стимулировать внедрение здорового рациона питания в дошкольных, школьных и государственных учреждениях, на рабочих местах, дома и в семье;
- c) решение многочисленных проблем, связанных с неполноценным питанием, и внедрение устойчивых продовольственных систем требует принятия согласованных действий различными сторонами на международном, региональном, национальном и общинном уровнях при поддержке комплексных и последовательных мер политики, программ и инициатив, в том числе в области социальной защиты;

- d) продовольствие не должно использоваться в качестве инструмента оказания политического или экономического давления;
- e) избыточная волатильность цен на продовольствие и сельскохозяйственные сырьевые товары может негативно отражаться на продовольственной безопасности и питании и требует более эффективного мониторинга и урегулирования связанных с ней проблем;
- f) улучшение рациона и повышение качества питания требует создания соответствующей нормативно-правовой базы, регламентирующей безопасность и качество пищевых продуктов, в том числе надлежащее использование агрохимикатов, путем активизации участия в деятельности Комиссии "Кодекс алиментарийс" по разработке международных стандартов безопасности и качества пищевых продуктов, а также совершенствования информации для потребителей, избегая при этом использования ориентированного на детей ненадлежащего маркетинга и рекламы пищевых продуктов и напитков в соответствии с рекомендациями резолюции WHA63.14;
- g) необходимо повышать качество данных и индикаторов в области питания, а также соответствующий потенциал всех стран, особенно развивающихся, и оказывать им поддержку, с тем чтобы они могли вносить более значимый вклад в усилия по мониторингу положения дел с питанием, разработке мер политики и обеспечению отчетности;
- h) необходимо расширять права и возможности потребителей путем повышения качества информации о здоровье и питании и уровня образования, необходимых для принятия обоснованных решений относительно потребления пищевых продуктов, обеспечивающих здоровый рацион питания;
- i) системы здравоохранения стран должны обеспечивать учет проблематики питания и доступ к всестороннему медицинскому обслуживанию для всех на основе комплексного подхода, предусматривающего пропаганду здорового образа жизни и профилактики заболеваний, лечения и реабилитации, а также содействовать уменьшению неравенства путем учета конкретных пищевых потребностей и факторов уязвимости различных групп населения;
- j) меры политики в области питания и других соответствующих областях должны уделять особое внимание женщинам и девочкам и расширению их прав и возможностей, с тем чтобы женщины могли пользоваться полным и равноправным доступом к социальной защите и ресурсам, в том числе доходам, земельным, водным и финансовым ресурсам, образованию, обучению, науке и технологиям и службам здравоохранения, содействуя тем самым укреплению продовольственной безопасности и здоровья.

14. Мы признаем, что:

- a) в соответствующих случаях для поддержки и дополнения национальных стратегий, мер политики и программ, а также инициатив по мониторингу

ситуации следует задействовать международное сотрудничество и официальную помощь в целях развития;

- b) постепенное осуществление права на достаточное питание в контексте национальной продовольственной безопасности обеспечивается путем создания устойчивых, справедливых, постоянно доступных, невосприимчивых к внешним факторам и разнообразных продовольственных систем;
- c) улучшение питания требует осуществления совместных мер в сотрудничестве с правительствами, частным сектором, гражданским обществом и общинами;
- d) для продовольственной безопасности и питания важно наличие недискриминационного и гарантированного доступа к ресурсам и их использование в соответствии с положениями международного права;
- e) агропродовольственные системы (включая растениеводство, животноводство, лесное хозяйство, рыболовство и аквакультуру) требуют целостного подхода при принятии мер государственной политики, включая учет таких факторов, как ресурсы, инвестиции, окружающая среда, люди, институты и процессы, связанные с производством, переработкой, хранением, распределением, приготовлением и потреблением продовольствия;
- f) семейные фермерские хозяйства и мелкие землевладельцы, особенно женщины-фермеры, играют важную роль в сокращении масштабов проблемы неполноценного питания и в этой связи нуждаются в поддержке в рамках проводимой государством комплексной межсекторальной политики, направленной на повышение их производительного потенциала и устойчивости к внешним факторам;
- g) войны, оккупация, терроризм, гражданские беспорядки и стихийные бедствия, вспышки болезней и эпидемии, а также нарушения прав человека и непродуманная социально-экономическая политика привели к появлению десятков миллионов беженцев, перемещенных лиц, пострадавших от военных действий гражданских лиц – некомбатантов и мигрантов, которые относятся к числу наиболее уязвимых с точки зрения питания групп. Зачастую отмечается острая нехватка ресурсов, необходимых для реабилитации и оказания помощи таким группам, и они часто страдают от дефицита питательных веществ. Все ответственные стороны должны взаимодействовать друг с другом в целях обеспечения безопасного и своевременного поступления и распределения среди нуждающихся продовольствия и медицинских средств с учетом религиозных, культурных и традиционных норм и индивидуальных пищевых предпочтений в соответствии с национальным и международным правом и обязательствами и положениями Устава Организации Объединенных Наций;

- h) ответственное инвестирование в сельское хозяйство¹, включая мелких землевладельцев, семейные фермерские хозяйства и продовольственные системы, играет важнейшую роль в решении проблемы неполноценного питания;
- i) правительства должны защищать потребителей, в особенности детей, от ненадлежащего маркетинга и рекламы пищевых продуктов;
- j) повышение качества питания требует обеспечения всех возрастных групп и всех групп с особыми потребностями здоровым, сбалансированным и разнообразным питанием, включая, при необходимости, традиционные виды питания, удовлетворяющие потребности в питательных веществах, а также отказа от чрезмерного потребления насыщенных жиров, сахаров и соли/ натрия и практически полного исключения из рациона питания трансжиров;
- k) продовольственные системы должны обеспечивать круглогодичный доступ к продовольствию, удовлетворяющему потребности населения в питательных веществах и здоровом рационе питания;
- l) продовольственные системы должны содействовать профилактике инфекционных болезней, включая зоонозы, и борьбе с ними, а также решению проблемы резистентности к противомикробным препаратам;
- m) продовольственные системы, включая все компоненты производства, переработки и распределения, должны быть устойчивыми, невосприимчивыми к внешним факторам и эффективными и обеспечивать наличие разнообразных продуктов на справедливой основе, уделяя при этом должное внимание оценке последствий с точки зрения экологии и здравоохранения;
- n) необходимо сократить объем продовольственных потерь и пищевых отходов во всей продовольственной цепочке, способствуя тем самым продовольственной безопасности, обеспечению питания и устойчивого развития;
- o) системе Организации Объединенных Наций, включая Комитет по всемирной продовольственной безопасности, и международным и региональным финансовым учреждениям следует повысить эффективность совместной работы, с тем чтобы содействовать соответствующим усилиям, предпринимаемым на национальном и региональном уровне, и способствовать укреплению международного сотрудничества и расширению помощи в целях развития, направленных на активизацию работы по борьбе с неполноценным питанием;
- p) ЭКСПО-2015 в Милане, которая пройдет под девизом "Накормить планету – энергия для жизни", помимо других соответствующих мероприятий и форумов, позволит подчеркнуть важность продовольственной безопасности и питания, повысит информированность общественности, будет содействовать проведению дискуссий и поможет привлечь внимание к итогам МКП-2.

¹ Термин "сельское хозяйство" охватывает растениеводство и животноводство, лесное и рыбное хозяйство.

Дальнейшие действия

15. Мы обязуемся:

- a) повсеместно искоренить голод и неполноценное питание во всех его проявлениях, прежде всего недоедание, отставание в росте, истощение, недостаточный и избыточный вес среди детей в возрасте до пяти лет; а также анемию у женщин и детей и другие проявления дефицита питательных микроэлементов; и обратить вспять тенденцию к увеличению количества страдающих от избыточного веса и ожирения и снизить бремя связанных с рационом питания НИЗ во всех возрастных группах;
- b) увеличить инвестиции на нужды осуществления эффективных мероприятий, направленных на улучшение качества питания человека, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;
- c) совершенствовать устойчивые продовольственные системы путем разработки комплексных мер политики, охватывающих все этапы от производства до потребления и все соответствующие секторы, в целях обеспечения круглогодичного доступа к продовольствию, удовлетворяющему потребности человека в питательных веществах и обеспечивающему безопасный, разнообразный и здоровый рацион питания;
- d) уделять больше внимания проблеме питания в рамках соответствующих национальных стратегий, мер политики, планов действий и программ и выделять необходимые для этого национальные ресурсы;
- e) улучшать качество питания путем укрепления кадрового и институционального потенциала, необходимого для борьбы с неполноценным питанием во всех его формах, в том числе путем проведения необходимых научных и социально-экономических исследований и разработок, инноваций и передачи соответствующих технологий на взаимосогласованных условиях;
- f) расширять и облегчать участие всех заинтересованных структур общества и способствовать сотрудничеству внутри стран и между странами, в том числе по линии Север-Юг, Юг-Юг и трехстороннего сотрудничества;
- g) разработать меры политики, программы и инициативы по обеспечению здорового рациона питания на протяжении всей жизни, начиная с раннего и до достижения взрослого возраста, включая лиц с особыми потребностями, до и во время беременности, в особенности в первые 1000 дней жизни ребенка, обеспечивая, стимулируя и поддерживая исключительно грудное вскармливание в первые шесть месяцев и до достижения двухлетнего возраста, а также в последующий период, в сочетании с надлежащим прикормом, здоровое питание в семье и в школе в детский период жизни, а также иные специализированные виды кормления;

- h) расширять права и возможности населения и создавать благоприятные условия для принятия обоснованных решений относительно пищевых продуктов, необходимых для здорового и разнообразного рациона питания и соответствующего питания детей грудного и раннего возраста путем повышения качества информации и образования в области здоровья и питания;
- i) осуществить обязательства, предусмотренные настоящей Декларацией, путем осуществления Рамочной программы действий, что также внесет вклад в обеспечение контроля и мониторинга хода достижения глобальных целей в области питания;
- j) изучить должным образом возможность интеграции обязательств настоящей Декларации в повестку дня в области развития на период после 2015 года, включая возможность установления соответствующей глобальной цели.

16. Мы призываем ФАО и ВОЗ в сотрудничестве с другими учреждениями, фондами и программами Организации Объединенных Наций, а также другими международными организациями в случае необходимости оказать поддержку национальным правительствам в деле разработки, совершенствования и осуществления мер политики, программ и планов по искоренению многочисленных проблем, связанных с неполноценным питанием;

17. Мы рекомендуем Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций одобрить Римскую декларацию по вопросам питания и Рамочную программу действий, в которой предусмотрен ряд добровольных мер политики и стратегий для использования правительствами, а также изучить возможность провозглашения десятилетия действий в области питания в период 2016-2025 годов в рамках существующих структур и доступных ресурсов.

РАМОЧНАЯ ПРОГРАММА ДЕЙСТВИЙ

Вторая Международная конференция по вопросам питания

R



Продовольственная и
сельскохозяйственная организация
Объединенных Наций



Всемирная организация
здравоохранения

Viale delle Terme di Caracalla, 00153 Rome, Italy - Tel: (+39) 06 57051 - Fax: (+39) 06 5705 4593 - E-mail: ICN2@fao.org - www.fao.org/icn2

Вторая Международная конференция по вопросам питания
Рим, 19-21 ноября 2014 года
Итоговый документ Конференции: Рамочная программа действий

ОТ СЛОВ К ДЕЛУ

Справочная информация

1. Со времени проведения Международной конференции по вопросам питания 1992 года (МКП) общее положение с питанием населения существенно улучшилось. Однако сокращение масштабов голода и недоедания идёт недопустимо медленно. Сегодня фундаментальная задача заключается в том, чтобы стабильно повысить качество питания за счет осуществления согласованных мер и улучшения координации действий во всех профильных секторах.

Задача и цели

2. Настоящая Рамочная программа действий является добровольной по своей природе. Она призвана ориентировать процесс выполнения обязательств, зафиксированных в Римской декларации по вопросам питания, принятой второй Международной конференцией по вопросам питания, состоявшейся в Риме, Италия, 19-21 ноября 2014 года. Выстроенная с учетом существующих обязательств, целей и задач настоящая Рамочная программа действий предлагает набор вариантов политики и стратегий, которые правительства¹, действующие в сотрудничестве с другими заинтересованными сторонами, могли бы включить в свои национальные планы в области питания, здравоохранения, сельского хозяйства², развития и

¹ Подразумевается, что термин "правительства" включает Европейский союз и другие региональные организации, действующие в пределах своей компетенции.

² В настоящем документе термин "сельское хозяйство" охватывает растениеводство и животноводство, лесное и рыбное хозяйство.

инвестиций, а также учитывать при проведении переговоров по международным соглашениям, имеющим целью повсеместное повышение качества питания.

3. Поскольку основную ответственность за осуществление мероприятий на уровне стран несут правительства, действующие в режиме диалога с широким кругом заинтересованных сторон, включая затрагиваемые общины, настоящие рекомендации адресованы главным образом руководителям правительств. Именно они определяют, насколько целесообразно использовать рекомендуемые стратегии и меры в свете национальных потребностей и условий, а также в свете региональных и национальных приоритетов, включая существующую правовую базу. В целях обеспечения отчётности, в настоящей РПД за основу взяты существующие глобальные задачи по улучшению питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста¹ и по факторам снижения рисков НИЗ², которые должны быть выполнены к 2025 году.

Рекомендуемый набор вариантов стратегий и программ

4. Приведенный ниже набор вариантов стратегий и программ рекомендуется для создания во всех секторах благоприятной среды и повышения качества питания.

Мероприятия, рекомендуемые в целях создания благоприятных условий для эффективных действий

- Рекомендация 1: Повышение уровня политической приверженности и участия общества в решении проблем питания на уровне стран на основе политического диалога и агитационно-просветительской работы.
- Рекомендация 2: Разработка (или доработка) и экономический анализ национальных планов в области питания и согласование между различными министерствами и ведомствами мер политики, влияющих на качество питания, а также укрепление правовой базы и стратегического потенциала, необходимых для повышения качества питания.
- Рекомендация 3: Укрепление и формирование, в соответствующих случаях, национальных межведомственных межотраслевых многосторонних механизмов в области продовольственной безопасности и питания для надзора за осуществлением политики, стратегий, программ и других вложений средств в решение проблем питания. Такие платформы могут потребоваться на различных уровнях; в этой связи необходимо

¹ В частности: (1) сокращение на 40% общего количества детей в мире до пятилетнего возраста, имеющих отставание в росте; (2) сокращение на 50% количества женщин детородного возраста, страдающих от анемии; (3) сокращение на 30% количества родившихся с низким весом при рождении; (4) обеспечение стабилизации количества детей с избыточной массой тела; (5) увеличение к 2025 году не менее чем на 50% показателя исключительно грудного вскармливания в первые шесть месяцев; и (6) сокращение и стабилизация количества детей, страдающих от истощения, на уровне ниже 5%.

² В частности: (1) снижение потребления соли на 30%; (2) прекращение роста количества страдающих от ожирения подростков и взрослых.

предусмотреть надежные гарантии недопущения злоупотреблений и конфликта интересов.

- Рекомендация 4: Нарращивание ответственных устойчивых инвестиций в решение вопросов питания на уровне стран с привлечением собственных ресурсов; формирование новых ресурсов с использованием инновационных инструментов финансирования, задействование партнёров по развитию в целях увеличения официальной помощи в целях развития и поощрение частных инвестиций.
- Рекомендация 5: Улучшение ситуации в плане доступности, качества, количества и сферы применения многоотраслевых информационных систем в области продовольствия и питания, а также улучшение управления такими системами в целях повышения эффективности разработки политики и отчетности.
- Рекомендация 6: Развивать сотрудничество между отдельными странами в формате "Север–Юг", в формате "Юг–Юг" и трехстороннего сотрудничества, а также обмен информацией, касающейся питания, продовольствия, технологий, исследований, стратегий и программ.
- Рекомендация 7: Укреплять механизмы регулирования вопросов питания, а также координировать политику, стратегии и программы учреждений, программ и фондов системы Организации Объединенных Наций в пределах их сферы ответственности.

Мероприятия, рекомендуемые в целях формирования устойчивых продовольственных систем, способствующих оздоровлению рационов питания

- Рекомендация 8: Пересмотреть национальную политику и инвестиции, а также учитывать цели в области питания в процессе разработки и реализации агропродовольственной политики и программ, в целях ориентации сельского хозяйства на потребности питания, обеспечения продовольственной безопасности и оздоровления рационов питания.
- Рекомендация 9: Укреплять потенциал местных производителей и переработчиков пищевых продуктов, особенно мелких¹ и семейных фермерских хозяйств, обращая особое внимание на расширение прав и возможностей женщин, и признавая при этом, что наличие реальной эффективной торговли является залогом достижения целей в области питания.
- Рекомендация 10: Способствовать диверсификации сельскохозяйственных культур, включая недоиспользуемые традиционные культуры, увеличению производства фруктов и овощей, а при необходимости – организации производства соответствующей

¹ Понятие "мелкие фермерские хозяйства" включает сельскохозяйственных работников, работников пищевой промышленности, лиц занимающихся кустарным рыбным промыслом, пастухов/ скотоводов-кочевников, коренные народы и безземельных крестьян (Комитет по всемирной продовольственной безопасности: "Глобальный стратегический механизм в области продовольственной безопасности и питания", 2013 г.).

продукции животного происхождения с применением устойчивых технологий производства продовольствия и при рациональном использовании природных ресурсов.

- Рекомендация 11: Совершенствовать технологии и инфраструктуру хранения, консервации, транспортировки и реализации в целях ослабления сезонных проблем в плане продовольственной безопасности, сокращения продовольственных потерь и пищевых отходов, а также сохранения питательной ценности продуктов.
- Рекомендация 12: Создать и укрепить институты, меры политики, программы и услуги в интересах повышения устойчивости к внешним факторам систем обеспечения продовольствием в районах, подверженных кризисам, включая территории, на которых отразились изменения климата.
- Рекомендация 13: Разработать, принять и, в соответствующих случаях, адаптировать международные рекомендации в отношении здорового питания.
- Рекомендация 14: Стимулировать постепенное уменьшение содержания насыщенных жиров, сахаров и соли/натрия, а также трансжиров в пищевых продуктах и напитках в целях предупреждения чрезмерного их потребления и повысить, при необходимости, содержание питательных веществ в пищевых продуктах;
- Рекомендация 15: Изучить возможность применения нормативных и добровольных механизмов, таких как меры, касающиеся маркетинга, рекламы и маркировки, экономические стимулы и сдерживающие меры, предусмотренные в Кодексе алиментариус и правилах Всемирной торговой организации, для пропаганды здорового питания.
- Рекомендация 16: Ввести нормативы объёма или содержания питательных веществ для обеспечения доступности здорового питания и безопасной питьевой воды в общественных заведениях, таких как больницы, детские учреждения, места работы, университеты, школы, предприятия общественного питания, государственные учреждения и тюрьмы, а также стимулировать создание помещений для грудного вскармливания.

Рекомендуемые мероприятия в области международной торговли и инвестиций

- Рекомендация 17: Призвать правительства, учреждения, программы и фонды системы Организации Объединенных Наций, Всемирную торговую организацию и другие международные организации определить возможности достижения глобальных целей в области продовольствия и питания с помощью мер торговой и инвестиционной политики.
- Рекомендация 18: Обеспечивать наличие продовольствия и делать его более доступным с помощью соответствующих торговых соглашений и мер, а также стремиться

обеспечивать, чтобы такие соглашения и меры не сказывались отрицательно на осуществлении права на достаточное питание в других странах¹.

Рекомендуемые мероприятия в области просвещения и информирования по вопросам питания

- Рекомендация 19: Проведение информационно-просветительских мероприятий на основе национальных рекомендаций по вопросам здорового питания, осуществление последовательных мер, касающихся пищевых продуктов и рациона питания посредством доработки школьных программ, организации просвещения населения в вопросах питания через медицинские, сельскохозяйственные и социальные службы, проведение мероприятий по месту жительства и информирование в пунктах продажи, включая маркировку.
- Рекомендация 20: Готовить специалистов по вопросам питания и создавать соответствующие структуры для проведения просветительских мероприятий по вопросам питания, в частности для низовых работников, социальных работников, сотрудников служб по распространению передового опыта работы в сельском хозяйстве, учителей и медработников.
- Рекомендация 21: Проводить социальные маркетинговые кампании и коммуникационные программы в целях изменения образа жизни и пропаганды физической активности, диверсификации рациона питания, употребления богатых питательными микроэлементами пищевых продуктов, таких как фрукты и овощи, включая традиционные местные продукты, учитывая при этом культурные аспекты, необходимость улучшения питания детей и матерей, правильного ухода за детьми и надлежащего грудного вскармливания и прикорма, ориентированные на различные аудитории и различные элементы продовольственных систем и адаптированные с учетом их потребностей.

Рекомендуемые мероприятия в области социальной защиты

- Рекомендация 22: Включать цели в области питания в программы социальной защиты и в программы гуманитарной помощи с элементами социальной поддержки.
- Рекомендация 23: Использовать денежные выплаты и распределение продовольствия, включая программы школьного питания и другие формы социальной защиты уязвимых групп населения в целях улучшения их рациона питания посредством облегчения доступа к пищевым продуктам, соответствующим религии, культуре, традициям и индивидуальным пищевым привычкам и пристрастиям в соответствии с национальным и международным правом и обязательствами, и являющимся достаточно питательными для обеспечения здорового питания;

¹ Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/RES/68/177, пункт 25.

- Рекомендация 24: Повысить доход наиболее уязвимых групп населения путем создания для всех достойных рабочих мест, в том числе посредством стимулирования самозанятости.

Мероприятия, рекомендуемые для формирования мощных и устойчивых к внешним факторам систем здравоохранения

- Рекомендация 25: Укреплять системы здравоохранения и добиваться полного охвата населения¹, особенно за счет первичной медицинской помощи, с тем чтобы национальные системы здравоохранения могли решать проблемы неполноценного питания во всех его проявлениях.
- Рекомендация 26: Более эффективно интегрировать вопросы питания в системы здравоохранения через соответствующие стратегии укрепления кадровых ресурсов, лидерство и регулирование, улучшение функционирования медицинских систем и оказания медицинской помощи, а также посредством предоставления важнейших лекарственных средств, информирования и проведения мониторинга.
- Рекомендация 27: Способствовать всеобщему доступу ко всем прямым мероприятиям, непосредственно связанным с вопросами питания и соответствующим мероприятиям в области здравоохранения, оказывающим влияние на питание через программы охраны здоровья.
- Рекомендация 28: Реализовать принятые ВОЗ Глобальную стратегию по кормлению детей грудного и раннего возраста, Комплексный план осуществления действий в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста на 2012-2025 годы, и Глобальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 годы, подкрепив эту работу выделением соответствующих финансовых средств и проведением надлежащей политики.

Мероприятия, рекомендуемые для пропаганды, защиты и поддержки грудного вскармливания

- Рекомендация 29: Принять и выполнять Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока и последующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения по данному вопросу.

¹ Как указывается в девятом абзаце преамбулы резолюции WHA 67.14, всеобщий охват медико-санитарным обслуживанием означает наличие у всех людей доступа без дискриминации к установленным на национальном уровне комплексам необходимых основных медицинских услуг по укреплению здоровья, профилактике, лечению, паллиативной помощи и реабилитации и к основным, безопасным, доступным в ценовом отношении, эффективным и качественным лекарственным средствам при обеспечении того, чтобы пользование этими услугами не влекло для пользователей финансовых трудностей и с уделением особого внимания малообеспеченным, уязвимым и маргинализированным слоям населения.

- Рекомендация 30: Осуществлять политику и меры, включая реформы в трудовой сфере, для усиления защиты работающих матерей¹.
- Рекомендация 31: Осуществлять стратегии, программы и мероприятия, призванные обеспечить, чтобы службы здравоохранения пропагандировали, защищали и поддерживали грудное вскармливание, в том числе путём осуществления инициативы по созданию больниц, приспособленных для младенцев.
- Рекомендация 32: Стимулировать и продвигать (на основе информационно-просветительской деятельности, образования и наращивания потенциала) благоприятные условия, в которых мужчины, особенно отцы, могли бы активно участвовать и совместно с матерями выполнять обязанности по уходу за своими детьми грудного и раннего возраста, расширяя при этом права и возможности женщин и способствуя укреплению их здоровья и повышению качества питания в течение всей жизни.
- Рекомендация 33: Обеспечить, чтобы меры политики и мероприятия, осуществляемые в условиях чрезвычайных ситуаций и гуманитарных кризисов, пропагандировали, защищали и поддерживали грудное вскармливание.

Меры, рекомендуемые для борьбы с истощением

- Рекомендация 34: Реализовать меры политики и мероприятия, а также привлечь соответствующие финансовые ресурсы для расширения масштабов лечения истощения, решая проблемы острой недостаточности питания непосредственно по месту жительства и на более комплексной основе подходя к лечению детских болезней.
- Рекомендация 35: Включить меры по обеспечению готовности к стихийным бедствиям и чрезвычайным ситуациям в соответствующие меры политики и программы.

Меры, рекомендуемые для борьбы с отставанием в росте

- Рекомендация 36: Сформировать политику и активизировать меры по улучшению питания и здоровья матерей, начиная с девочек-подростков и вплоть до окончания беременности и кормления грудью.
- Рекомендация 37: Разработать меры, программы и стратегии по пропаганде оптимального кормления детей грудного и раннего возраста, особенно исключительно грудного вскармливания до шестимесячного возраста, с последующим надлежащим прикармливанием (с шести до 24 месяцев).

¹ Как это указано в Конвенции No. 183 об охране материнства Международной организации труда (МОТ) и соответствующей Рекомендации No. 191.

Меры, рекомендуемые для борьбы с избыточным весом и ожирением у детей

- Рекомендация 38: Обеспечить консультирование беременных женщин по вопросам питания для здорового набора веса и соблюдения надлежащего режима питания.
- Рекомендация 39: Способствовать улучшению упитанности и роста детей, в частности информируя матерей относительно свойств предлагаемых торговлей продуктов дополнительного питания, а также совершенствуя программы дополнительного питания детей грудного и раннего возраста.
- Рекомендация 40: Совершенствовать регулирование сбыта пищевых продуктов и безалкогольных напитков для детей в соответствии с рекомендациями ВОЗ.
- Рекомендация 41: Создать благоприятную среду, способствующую повышению физической активности, для того чтобы с самого раннего возраста исключить малоподвижный образ жизни.

Меры, рекомендуемые для борьбы с анемией у женщин репродуктивного возраста

- Рекомендация 42: Увеличить поступление питательных веществ за счет потребления богатых питательными веществами пищевых продуктов, особенно продуктов, богатых железом, при необходимости на основе стратегий обогащения продуктов питания и микроэлементных добавок к ним, а также пропагандировать здоровое разнообразное питание.
- Рекомендация 43: Обеспечить в рамках дородового наблюдения ежедневный прием беременными женщинами добавок, содержащих железо, фолиевую кислоту и другие микроэлементы; а также периодического приема женщинами в период менструации добавок, содержащих железо и фолиевую кислоту, при частоте анемии более 20% и, в соответствующих случаях, проведение дегельминтации.

Мероприятия, рекомендуемые службам здравоохранения для повышения качества питания

- Рекомендация 44: Реализовать меры и программы, направленные на обеспечение всеобщей доступности и использования обработанных инсектицидами сеток, и обеспечить профилактику малярии среди беременных женщин в районах со средним и высоким уровнем передаваемости малярии.
- Рекомендация 45: Обеспечить периодическую дегельминтацию всех детей школьного возраста в эндемических областях распространения таких заболеваний.

- Рекомендация 46: Реализовать меры и программы, направленные на укрепление служб здравоохранения в плане профилактики и лечения инфекционных болезней¹.
- Рекомендация 47: Обеспечить применение цинкосодержащих препаратов для сокращения продолжительности и снижения интенсивности диареи у детей, а также не допускать рецидива диареи у детей.
- Рекомендация 48: Обеспечить прием детьми дошкольного возраста препаратов, содержащих железо и, в частности, витамин А, для уменьшения опасности анемии.
- Рекомендация 49: Реализовать меры и программы, призванные обеспечить женщинам всю полноту информации и доступ к комплексным медицинским услугам, обеспечивающим нормальное протекание беременности и безопасные роды.

Мероприятия, рекомендуемые для обеспечения доступа к воде и санитарно-гигиеническим услугам

- Рекомендация 50: Реализовать с участием населения меры и программы, направленные на обеспечение более рационального использования воды в сельском хозяйстве и при производстве продовольствия².
- Рекомендация 51: Вложить средства и взять обязательство обеспечить, в соответствующих случаях с участием гражданского общества и при поддержке международных партнеров, всеобщего доступа к безопасной питьевой воде.
- Рекомендация 52: Реализовать с участием населения меры и стратегии по обеспечению всеобщего доступа к средствам санитарии³ и способствовать соблюдению норм гигиены, включая мытьё рук с мылом.

Мероприятия, рекомендуемые для обеспечения безопасности пищевых продуктов и борьбы с резистентностью к противомикробным препаратам

- Рекомендация 53: Разработать, создать, ввести в действие и, в соответствующих случаях, укрепить системы контроля пищевых продуктов, включая анализ и обновление национального законодательства и нормативных актов, регламентирующих вопросы безопасности пищевых продуктов, для обеспечения ответственного поведения производителей и поставщиков вдоль всей продовольственной цепочки.

¹ Включая профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, иммунизацию против кори и лечение антибиотиками мочеполовых инфекций у девочек.

² В том числе за счёт сокращения потерь воды при ирригации, стратегий многократного использования воды (включая сточные воды), а также более эффективного применения соответствующих технологий.

³ В том числе на основе проведения действенной оценки рисков и управленческих мероприятий в области безопасного использования сточных вод и санитарии.

- Рекомендация 54: Активно участвовать в работе Комиссии "Кодекс алиментарии", связанной с обеспечением безопасности пищевых продуктов, и внедрять в своих странах стандарты, принятые на международном уровне.
- Рекомендация 55: Участвовать в работе и координации деятельности международных сетей в целях обмена информацией о безопасности пищевых продуктов, в том числе о реагировании на возникновение чрезвычайных ситуаций¹.
- Рекомендация 56: Повысить уровень осведомленности всех заинтересованных структур относительно проблем резистентности к противомикробным препаратам и реализовать надлежащие многоотраслевые меры для решения проблемы резистентности к противомикробным препаратам, включая осторожное применение противомикробных препаратов для лечения животных и людей.
- Рекомендация 57: Разработать и внедрить национальные рекомендации по осторожному применению противомикробных препаратов при выращивании мясомолочного скота, которые должны соответствовать международно признанным стандартам, принятым профильными международными организациями, в целях сокращения практики нелечебного применения противомикробных препаратов и постепенного прекращения применения противомикробных препаратов в качестве стимуляторов роста без проведения анализа риска, предписанного в "Нормах и правилах" Codex SAC/RCP61-2005.

Рекомендации относительно отчетности

- Рекомендация 58: Национальным правительствам предлагается установить целевые показатели в области питания и промежуточные этапы, которые были бы согласованы со сроками (2016-2025 гг.) достижения установленных Всемирной ассамблеей здравоохранения глобальных целей, касающихся питания и неинфекционных заболеваний. Им предлагается включить в свои национальные механизмы мониторинга согласованные международные индикаторы достижения результатов в области питания (для отслеживания хода достижения поставленных на национальном уровне целей), осуществления программ (включая сферу действия мероприятий) и политической среды (включая институциональные механизмы, потенциал и инвестиции в сфере питания)². Для целей мониторинга следует максимально использовать уже существующие механизмы.

¹ Международная сеть органов по безопасности пищевых продуктов ФАО/ВОЗ (http://www.who.int/foodsafety/areas_work/infosan/en/).

² При разработке механизмов мониторинга могут использоваться положения Глобального механизма мониторинга питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста, Механизма мониторинга Глобального плана действий в области НИЗ и индикаторы для мониторинга продовольственной безопасности (масштабы распространения недоедания, шкала восприятия отсутствия продовольственной безопасности и другие широко используемые индикаторы, разработанные ФАО).

-
- Рекомендация 59: Доклады о выполнении обязательств по Римской декларации по вопросам питания будут составляться совместно ФАО и ВОЗ в тесном сотрудничестве с другими учреждениями, фондами и программами системы ООН, а также другими профильными региональными и международными организациями, в соответствующих случаях на основе проводимой странами самооценки, а также на основе информации, поступающей через другие механизмы мониторинга и отчетности (например, доклады по результатам самооценки в рамках инициативы "САН", доклады Конференции ФАО и Всемирной ассамблеи здравоохранения, Глобальный доклад по вопросам питания).

 - Рекомендация 60: Руководящим органам ФАО и ВОЗ, а также другим профильным международным организациям предлагается рассмотреть вопрос о включении докладов о выполнении рекомендаций МКП-2 в повестки дня очередных заседаний руководящих органов ФАО и ВОЗ, включая региональные конференции ФАО и заседания региональных комитетов ВОЗ, по возможности на двухгодичной основе. Генеральным директорам ФАО и ВОЗ также предлагается направлять в соответствующих случаях такие доклады Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций.
-

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Дополнительные основные показатели для глобальных основ мониторинга питания женщин и детей грудного и раннего возраста¹

[A68/9 – 15 мая 2015 г.]

	Показатель
	<i>Показатели промежуточных результатов, мониторинг условий на причинно-следственном пути выполнения задач</i>
IO1	Распространенность диареи у детей в возрасте до 5 лет ²
IO2	Доля женщин в возрасте 15-49 лет с низким индексом массы тела ³
IO3	Число родов за данный учетный период времени у женщин в возрасте 15-19 лет/1000 женщин в возрасте 15-19 лет
IO4	Доля женщин с избыточным весом и ожирением в возрасте старше 18 лет ⁴
IO5	Доля детей школьного возраста и подростков (5-18 лет) с избыточным весом или ожирением ⁵
	<i>Показатели процесса, мониторинг хода осуществления программ и прогресса в конкретных ситуациях</i>
PR1	Доля детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, получающих минимально приемлемый рацион питания ⁶
PR2	Доля населения, пользующегося услугами по обеспечению безопасной питьевой воды

¹ См. решение WHA68(14).

² Страны, в которых уровни распространенности задержки развития и истощения не достигают 2,3%, могут предусматривать отчетность по этому показателю на основе использования регулярных клинических данных.

³ Менее чем -2 среднеквадратичных отклонения (СО) от срединного значения индекса массы тела с учетом возраста (Стандартные показатели развития, ВОЗ, 2007 г.) для женщин в возрасте 15-18 лет и менее 18,5 кг/м² для женщин в возрасте 19 лет и старше.

⁴ Индекс массы тела более 25 кг/м².

⁵ Более чем одно среднеквадратичное отклонение превышает срединное значения индекса массы тела с учетом возраста и пола (Стандартные показатели развития, ВОЗ, 2007 г., <http://www.who.int/growthref/en/>).

⁶ Представление отчетности откладывается до 2018 г. (см. решение WHA68(14), пункт 2).

	Показатель
PR3	Доля населения, пользующегося услугами по обеспечению безопасной санитарии
PR4	Доля беременных женщин, получающих добавки железа и фолиевой кислоты ¹
PR5	Доля родов в учреждениях с благоприятными условиями для грудного вскармливания
PR6	Доля матерей с детьми в возрасте 0-23 месяцев, получивших консультирование, поддержку или сообщения в отношении оптимального грудного вскармливания, как минимум, один раз за прошедший год ¹
	<i>Показатели политической конъюнктуры и потенциала, измерение политической приверженности</i>
PE1	Число специально подготовленных специалистов по питанию на 100 000 населения ¹
PE2	Страна имеет законы/нормативные положения, обеспечивающие в полной мере осуществление Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока (резолюция WHA34.22) и последующих соответствующих резолюций, принятых Ассамблеей здравоохранения
PE3	Страна имеет действующие законы или нормативные положения по охране материнства в соответствии с Конвенцией МОТ по защите материнства, 2000 г. (No. 183) и ее Рекомендацией No. 191.

¹ Представление отчетности откладывается до 2018 г. (см. решение WHA68(14), пункт 2).

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Финансовые и административные последствия для Секретариата резолюций, принятых Ассамблеей здравоохранения

1. Резолюция WHA68.2 Глобальная техническая стратегия и целевые показатели по малярии на 2016-2030 гг.
2. Связь с программным бюджетом на 2016–2017 гг. (см. документ A68/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_7-ru.pdf) Категория: 1. Инфекционные болезни Программная область: Малярия Конечный результат: 1.3 Промежуточный результат: 1.3.1 и 1.3.2 Как данная резолюция будет способствовать достижению результата (результатов) в указанной программной области (областях)? Принятая резолюция содержит глобальную техническую стратегию по малярии на 2016-2030 гг., которая позволит Секретариату усилить свой потенциал для оказания государствам-членам поддержки в осуществлении принципов и основных элементов стратегии при сохранении эффективного процесса формулирования политики на основе фактических данных. Включает ли уже программный бюджет продукты или услуги, указанные в данной резолюции? (Да/нет) Да.
3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с предлагаемым программным бюджетом (а) Общая стоимость Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США). (i) Сроки осуществления этой резолюции совпадают с повесткой дня в области развития Организации Объединенных Наций на период после 2015 г., и многие мероприятия, указанные в резолюции, будут осуществляться на постоянной основе. (ii) Начат процесс обновления плана по программной области с целью обеспечить способность трех уровней Секретариата в результате их усиления оказывать поддержку государствам-членам в реализации видения, сформулированного в стратегии.

Резолюция содержит элементы, выходящие за рамки ранее согласованного бюджета по малярии, особенно в части оказания государствам-членам поддержки в ускорении осуществления их национальных противомалерийных программ в направлении ликвидации малярии.

(b) Стоимость на двухгодичный период 2014–2015 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3(a), относится к двухгодичному периоду 2014–2015 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США)

0 долл. США (персонал: 0 долл. США; деятельность: 0 долл. США)

Указать, на каком уровне Организации будут понесены расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Не применимо.

Полностью ли включена предполагаемая стоимость в утвержденный программный бюджет на 2014–2015 гг.? (Да/нет)

Не применимо.

Если "нет", укажите, сколько не включено.

(c) Стоимость на двухгодичный период 2016–2017 гг.

121,5 млн. долл. США (персонал: 65,4 млн. долл. США; деятельность: 56,1 долл. США)

Указать, на каком уровне Организации будут понесены расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

На всех трех уровнях Организации.

Полностью ли включена предполагаемая стоимость в утвержденный программный бюджет на 2016-2017 гг.? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите, сколько не включено.

(d) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

Для осуществления этой резолюции потребуется следующий дополнительный персонал:

Африканский регион: девять сотрудников категории Р.4 (устойчивость к противомалерийным препаратам и исследования – один технический сотрудник; ликвидация малярии – один медицинский сотрудник; предупреждение – четыре технических сотрудника (энтомологи); стратегическая информация и планирование – два медицинских сотрудника; ведение больных малярией – один медицинский сотрудник).

Регион стран Америки: три сотрудника категории специалистов (ликвидация малярии в Белизе и Боливарианской Республике Венесуэла), один национальный сотрудник категории специалистов (Многонациональное государство Боливия).

Регион Юго-Восточной Азии: тринадцать национальных сотрудников категории специалистов (шесть энтомологов, два специалиста по мониторингу и оценке, три специалиста по лабораториям, один специалист в области общественного здравоохранения и один специалист-фармацевт) и четыре сотрудника категории Р.4 (три специалиста по малярии и один энтомолог).

Регион Восточного Средиземноморья: три сотрудника категории Р.4 (Афганистан, Судан и Йемен), два сотрудника категории Р.2 (один медицинский сотрудник по ведению больных и устойчивости к препаратам, специалист по управлению данными на полставки), три национальных сотрудника категории специалистов (Афганистан, Судан и Йемен).

Регион Западной части Тихого океана: один сотрудник категории Р.5 (Папуа-Новая Гвинея), три сотрудника категории Р.4 (один специалист по лабораториям, один специалист по ликвидации малярии и один энтомолог), один сотрудник категории Р.2 (управление программами), один национальный сотрудник категории специалистов (Филиппины), два сотрудника категории общего обслуживания (администратор баз данных, секретарь).

Штаб-квартира: четыре сотрудника категории Р.5 (один руководитель группы по технической поддержке и укреплению потенциала; один руководитель группы по ликвидации; один руководитель группы по эпиднадзору и один энтомолог), шесть сотрудников категории Р.4 (один сотрудник по технической поддержке, один сотрудник по укреплению потенциала, один специалист по моделированию бремени болезней, один администратор баз данных, один сотрудник по ликвидации и один энтомолог), семь сотрудников категории Р.3 (один сотрудник по доступу к вакцинам, один сотрудник по диагностике, один сотрудник-инструктор по эпиднадзору, два сотрудника по управлению проектами и один технический сотрудник по коммуникации) и три помощника категории G.5.

4. Финансирование

Стоимость работы Секретариата по осуществлению резолюции будет финансироваться за счет усилий по мобилизации ресурсов в масштабах всей Организации.

1. Резолюция WHA68.3 Полиомиелит

2. Связь с Программным бюджетом на 2014–2015 гг. (см. документ A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ru.pdf)

Категория: 5. Обеспечение готовности, эпиднадзор и ответные меры

Программная область:

Конечный результат: 5.5

Ликвидация полиомиелита

Промежуточные результаты: 5.5.1, 5.5.2, 5.5.3 и 5.5.4.

Как данная резолюция будет способствовать достижению результата (результатов) в вышеуказанной программной области?

Осуществление этой резолюции в полном объеме будет способствовать достижению мира, свободного от полиомиелита, на основе прекращения передачи дикого и вакцинного полиовирусов на долгие времена.

Включает ли уже Программный бюджет промежуточные и конкретные результаты, указанные в данной резолюции? (Да/нет)

Да.

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с программным бюджетом

(a) Общая стоимость

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) Четыре года (охватывающих период 2015-2018 гг.).

(ii) Дополнительные затраты, связанные с этой резолюцией, – в отношении осуществления деятельности или кадрового обеспечения – отсутствуют, поскольку соответствующие расходы уже предусмотрены в Стратегическом плане ликвидации полиомиелита и осуществления заключительного этапа на 2013-2018 гг., как предложено Исполнительным комитетом в резолюции EB130.R10.

(b) Стоимость на двухгодичный период 2014–2015 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3(a), относится к двухгодичному периоду 2014–2015 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США)

Итого: 0 долл. США (персонал: 0 долл. США; деятельность: 0 долл. США) согласно пункту 3 (a) (ii), выше.

Указать, на каких уровнях Организации будут понесены расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Не применимо согласно пункту 3 (a) (ii), выше.

Полностью ли включена предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2014–2015 гг.? (Да/нет)

Не применимо согласно пункту 3 (a) (ii), выше.

Если "нет", укажите, сколько не включено.

(c) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2014–2015 гг. Для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Не применимо.

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

Не применимо.

1. Резолюция WHA68.4 Картирование риска желтой лихорадки и рекомендованная вакцинация для лиц, совершающих поездки

2. Связь с Программным бюджетом на 2014–2015 гг. (см. документ A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ru.pdf)

Категория: 5. Обеспечение готовности, эпиднадзор и реагирование

Программная область:
Возможности по оповещению и принятию мер реагирования

Программная область: Болезни, способные вызывать эпидемии и пандемии

Конечный результат:

5.1. Все страны имеют минимальный основной потенциал, требуемый Международными медико-санитарными правилами (2005 г.) для оповещения и принятия мер реагирования в отношении всех рисков

Промежуточный результат:

5.1.1. Страны имеют возможность создавать основной потенциал в соответствии с требованиями Международных медико-санитарных правил (2005 г.).

Как данная резолюция будет способствовать достижению результата (результатов) в вышеуказанной программной области?

Будет содействовать разработке и укреплению руководств по вакцинации лиц, совершающих международные поездки.

Включает ли уже Программный бюджет промежуточные и конкретные результаты, указанные в данной резолюции? (Да/нет)

Да.

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом

(а) Общая стоимость

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуются деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) Эта резолюция не ограничена по времени, а ее выполнение будет связано с проведением ежегодного совещания группы научных и технических консультантов по картированию риска желтой лихорадки.

(ii) Всего: 100 000 долл. США (затраты на ежегодное совещание консультативной группы).

(б) Стоимость на двухгодичный период 2014–2015 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3(а), относится к двухгодичному периоду 2014–2015 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США)

Всего: 100 000 долл. США (затраты на первое совещание консультативной группы).

Указать, на каких уровнях Организации будут понесены расходы и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Штаб-квартира.

Полностью ли включена предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2014–2015 гг.? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите, сколько не включено.

100 000 долл. США.

(с) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2014-2015 гг. Для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

100 000 долл. США. Эта проблема будет решена с помощью скоординированного плана по мобилизации ресурсов в масштабах всей Организации для ликвидации нехватки финансирования в Программном бюджете на 2014-2015 годы.

1. Резолюция WHA68.5

Рекомендации Комитета по обзору в отношении второго продления сроков создания национальных основных возможностей в области общественного здравоохранения и осуществления ММСП

2. Связь с программным бюджетом на 2014–2015 гг. (см. документ A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ru.pdf)

Категория: 5

Программная область (области): 5.1 и 5.2

Конечные результаты:

5.1. Все страны имеют минимальный основной потенциал, требуемый Международными медико-санитарными правилами (2005 г.) для оповещения и принятия мер реагирования в отношении всех рисков

5.2. Укрепление потенциала стран в отношении обеспечения устойчивости и надлежащего уровня готовности к быстрому, предсказуемому и эффективному реагированию на крупные эпидемии и пандемии

Промежуточные результаты:

5.1.1. Страны, имеют возможность создавать основной потенциал в соответствии с требованиями Международных медико-санитарных правил (2005 г.)

5.2.1. Страны располагают возможностями для разработки и реализации оперативных планов в соответствии с рекомендациями ВОЗ по повышению национальной устойчивости и готовности к реагированию на пандемии гриппа, эпидемии и новые заболевания

Как данная резолюция будет способствовать достижению конечного результата (результатов) в вышеуказанной программной области (областях)?

Она будет служить стимулом к выполнению рекомендаций Комитета по обзору.

Включает ли уже Программный бюджет конкретные и промежуточные результаты, указанные в данной резолюции? (Да/нет)

Да.

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом

(a) Общая стоимость

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) Один год (охватывающий период 2015 г.)

(ii) Всего: 2 100 00 долл. США (персонал: 1 500 000 долл. США; деятельность: 600 000 долл. США)

(b) Стоимость на двухгодичный период 2014–2015 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3(a), относится к двухгодичному периоду 2014–2015 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

Всего: 2 100 000 долл. США (персонал: 1 500 000 долл. США; деятельность: 600 000 долл. США)

Указать, на каких уровнях Организации будут понесены расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Штаб-квартира и шесть регионов

Полностью ли включена предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2014–2015 гг.? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите, сколько не включено.

2 100 000 долл. США – Указанные расходы в настоящее время не предусмотрены в Программном бюджете на 2014–2015 гг.; однако мы пересмотрим приоритетность видов деятельности в рамках сети категорий и, при необходимости, обратимся с просьбой о выделении дополнительных бюджетных средств.

(c) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

– Один сотрудник, занятый полный рабочий день, P4, по одному году в каждом регионе

– Один сотрудник, занятый полный рабочий день, P4, шесть месяцев в штаб-квартире

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2014-2015 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

2 100 000 долл. США; источник(и) финансирования: проблема недостающего финансирования будет решаться в рамках плана скоординированной мобилизации ресурсов в масштабах Организации.

1. Резолюция WHA68.6 Глобальный план действий в отношении вакцин**2. Связь с Программным бюджетом на 2014–2015 гг. (см. документ A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ru.pdf)**

Категория: 1. Инфекционные болезни

Программная область: Болезни, предупреждаемые с помощью вакцин

Конечный результат: 1.5

Промежуточные результаты: 1.5.1 и 1.5.3

Как данная резолюция будет способствовать достижению результата (результатов) в вышеуказанной программной области?

Резолюция будет способствовать ускорению прогресса на пути к достижению целей, установленных в глобальном плане действий в отношении вакцин, путем содействия обеспечению доступа к надежным запасам приемлемых по стоимости вакцин для всех государств-членов. В частности, настоящая резолюция будет направлена на решение проблем, испытываемых многими странами со средним уровнем дохода в области обеспечения надежных запасов более новых, более дорогих вакцин по доступным для них ценам.

Включает ли уже Программный бюджет промежуточные и конкретные результаты, указанные в данной резолюции? (Да/нет)

Да.

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с программным бюджетом**(а) Общая стоимость**

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуются деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) 5,5 лет (охватывающих период 2015-2020 гг.)

(ii) Итого (2015-2020 гг.): 107,80 млн. долл. США.
(персонал: 31,63 млн. долл. США; деятельность: 76,18 млн. долл. США)

(iii) Общая стоимость резолюции предполагает дополнительное финансирование и Программный бюджет в размере 5,12 млн. долл. США в год на период 2016-2020 гг. (итого дополнительно на 2016-2020 гг. на персонал: 4,00 млн. долл. США; деятельность: 21,60 млн. долл. США).

(b) Стоимость на двухгодичный период 2014–2015 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3(а), относится к двухгодичному периоду 2014–2015 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США)

Итого: 13,80 млн. долл. США (персонал: 2,88 млн. долл. США; деятельность: 10,92 млн. долл. США)

Указать, на каких уровнях Организации будут понесены расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Полностью ли включена предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2014–2015 гг.? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите, сколько не включено.

Не применимо.

(c) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

Для поддержки деятельности в 2016-2020 гг. на глобальном и региональном уровнях потребуется дополнительный персонал (в пересчете на полный рабочий день: один сотрудник на глобальном уровне и два сотрудника на региональном уровне).

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2014-2015 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

Не применимо.

<p>1. Резолюция WHA68.7 Глобальный план действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам</p>
<p>2. Связь с программным бюджетом на 2014–2015 гг. и предлагаемым программным бюджетом на 2016-2017 гг. (см. документы: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ru.pdf и http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_7-ru.pdf)</p> <p>Категории: 1, 3, 4 и 5</p> <p>Программные области: различные (особенно в рамках категорий 4 и 5)</p> <p>Конечный результат: 4.2, 4.3, 4.4, 5.2 и 5.4</p> <p>Промежуточный результат: 5.2.3</p> <p>Как данная резолюция будет способствовать достижению конечных результатов в указанных программных областях?</p> <p>Разработка этого глобального плана действий по устойчивости к противомикробным препаратам в соответствии с просьбой, содержащейся в резолюции WHA67.25, отражает глобальный консенсус относительно того, что устойчивость к противомикробным препаратам представляет серьезную угрозу для здоровья человека.</p> <p>Цель глобального плана действий – обеспечить как можно дольше непрерывность успешного лечения и предупреждения инфекционных болезней с помощью эффективных и безопасных препаратов гарантированного качества, ответственно используемых и доступных для всех, кто в них нуждается. Ожидается, что страны разработают собственные национальные планы действий по устойчивости к противомикробным препаратам в течение следующих двух лет в соответствии с проектом глобального плана действий.</p> <p>Принятие этого глобального плана действий Шестьдесят восьмой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения подтвердит приверженность государств-членов решению проблемы этой угрозы в сфере глобального общественного здравоохранения путем разработки национальных планов действий, как это предусмотрено в конечном результате 5.2 и промежуточном результате 5.2.3.</p> <p>Включает ли уже программный бюджет продукты или услуги, указанные в данной резолюции? (Да/нет)</p> <p>Да. Программный бюджет на 2016–2017 гг. включает продукты и услуги по всем программным областям в соответствии с мероприятиями, предложенными к осуществлению Секретариатом в глобальном плане действий. Конкретные услуги в рамках соответствующих программных областей, способствующие осуществлению глобального плана действий по устойчивости к противомикробным препаратам, были включены в Программный бюджет на 2016–2017 годы.</p>
<p>3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с программным бюджетом на 2014–2015 гг. и предлагаемым программным бюджетом на 2016-2017 гг.</p> <p>(a) Общая стоимость</p> <p>Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).</p>

- (i) Глобальный план действий не имеет временных рамок.
- (ii) Для осуществления глобального плана действий в первые пять лет потребуется в общей сложности: 115 млн. долл. США.

(b) (i) Стоимость на двухгодичный период 2014–2015 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3(a), относится к двухгодичному периоду 2014–2015 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США)

Всего: 15 млн. долл. США

Указать, на каком уровне Организации будут понесены расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

На всех трех уровнях.

Полностью ли включена предполагаемая стоимость в утвержденный программный бюджет на 2014–2015 гг.? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите, сколько не включено.

Не применимо.

(b) (ii) Стоимость на двухгодичный период 2016–2017 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3(a), относится к двухгодичному периоду 2016–2017 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США)

Общая стоимость деятельности Секретариата по осуществлению глобального плана действий оценивается в 53 млн. долл. США в масштабах Организации, из которых половина приходится на деятельность и половина – на персонал.

Указать, на каком уровне Организации будут понесены расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

На всех трех уровнях Организации.

Полностью ли включена предполагаемая стоимость в утвержденный программный бюджет на 2016-2017 гг.? (Да/нет)

Да. Полная стоимость в 53 млн. долл. США осуществления Секретариатом глобального плана действий по устойчивости к противомикробным препаратам включена в Программный бюджет на 2016-2017 годы.

(c) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

В настоящее время Секретариат располагает в пересчете на полный рабочий день примерно 19 сотрудниками категории специалистов. Исходя из первоначальных оценок, в основных бюро потребуется примерно 40 сотрудников, однако эта цифра будет подтверждена в ходе оперативного планирования на двухгодичный период 2016–2017 годов.

4. Финансирование

Профинансированы ли в полном объеме предполагаемые расходы на двухгодичный период 2014-2015 гг., указанные в пункте 3(b)? (Да/нет)

Нет, однако ряд направлений деятельности текущего двухгодичного периода, актуальных для глобального плана действий, будут продолжены, как и их финансирование.

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

Источник финансирования: потребности будут профинансированы в рамках регулярного процесса мобилизации ресурсов в масштабах всей Организации, в том числе диалога о финансировании.

1. Резолюция WHA68.8 Здоровье и окружающая среда: решение проблемы воздействия загрязнения воздуха на здоровье

2. Связь с Программным бюджетом на 2014–2015 гг. (см. документ A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ru.pdf)

Категория: 3. Укрепление здоровья на протяжении всей жизни

Конечный результат: 3.5

Программная область: Здоровье и окружающая среда

Промежуточные результаты: 3.5.1, 3.5.2 и 3.5.3

Как данная резолюция будет способствовать достижению результата (результатов) в вышеуказанной программной области?

Настоящая резолюция усилит потенциал сектора здравоохранения и систем здравоохранения для предотвращения болезней и семи миллионов случаев смерти, ежегодно происходящих в результате загрязнения воздуха.

Включает ли уже Программный бюджет промежуточные и конкретные результаты, указанные в данной резолюции? (Да/нет)

Да.

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с программным бюджетом

(а) Общая стоимость

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) Первоначальная смета охватывает период 2015–2019 гг. в соответствии с тем периодом, который охватывается Двенадцатой общей программой работы на 2014-2019 годы. Работа над решением проблемы загрязнения воздуха и здоровья по всей видимости продолжится после 2019 года. Между тем, будет разработана следующая общая программа работы и параллельно проведен обзор, что может привести к корректировкам программного бюджета в зависимости от изменений более общих приоритетов Организации.

(ii) Итого: 35,49 млн. долл. США¹ (персонал: 12,41 млн. долл. США²; деятельность: 23,08 млн. долл. США)

(b) Стоимость на двухгодичный период 2014–2015 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3(a), относится к двухгодичному периоду 2014–2015 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США)

Итого: 3,64 млн. долл. США (персонал: 1,31 млн. долл. США; деятельность: 2,33 млн. долл. США)

Указать, на каких уровнях Организации будут понесены расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

На всех уровнях Организации.

Полностью ли включена предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2014–2015 гг.? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите, сколько не включено.

(c) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Да, на двухгодичный период 2014-2015 годов. Однако для выполнения резолюции начиная с 2016 года потребуются дополнительный персонал.

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

Как указано, существующие штатные уровни являются достаточными на двухгодичный период 2014-2015 годов. Однако начиная с 2016 года ожидается, что в штаб-квартире потребуются два дополнительных технических сотрудника уровня Р.4 и один сотрудник уровня G.5, а в каждом из региональных бюро – по одному дополнительному техническому сотруднику уровня Р.4.

¹ Цифры включают расходы по программной поддержке (13%).

² Цифры расходов по персоналу основаны на среднем показателе расходов по должностям на двухгодичный период 2016–2017 гг., плюс расходы по программной поддержке.

Для укрепления взаимодействия в каждой из шести стран, где проводятся пилотные программы, потребуется также один национальный сотрудник категории специалистов на неполную ставку.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2014-2015 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

1. Резолюция WHA68.9 Механизм взаимодействия с негосударственными структурами

2. Связь с Программным бюджетом на 2014–2015 гг. (см. документ A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ru.pdf)

Категория: 6. Корпоративные услуги/
вспомогательные функции

Конечный результат: 6.1

Программная область: Лидерство и
стратегическое руководство

Промежуточный результат: 6.1.2

Как данная резолюция будет способствовать достижению результата (результатов) в вышеуказанной программной области?

Принятие механизма обеспечит надежные основы для непрерывного усиления надлежащей проверки и оценки риска.

Включает ли уже Программный бюджет промежуточные и конкретные результаты, указанные в данной резолюции? (Да/нет)

Да.

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с программным бюджетом

(a) Общая стоимость

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) Резолюция охватывает период 2014-2019 гг.

(ii) Итого: 10 508 800 долл. США (персонал: 8 238 300 долл. США; деятельность: 2 270 500 долл. США)

(b) Стоимость на двухгодичный период 2014–2015 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3(a), относится к двухгодичному периоду 2014–2015 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США)

Итого: 3 250 600 долл. США (персонал: 2 396 100 долл. США;
деятельность: 854 500 долл. США)

Указать, на каких уровнях Организации будут понесены расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Конкретные расходы несет штаб-квартира. Тем не менее, реализация механизма окажет воздействие на рабочие процессы на всех трех уровнях Организации.

Полностью ли включена предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2014–2015 гг.? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите, сколько не включено.

Не применимо.

(с) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

Планируется расширить состав группы, проводящей надлежащую проверку и управляющей взаимодействием с негосударственными структурами, с четырех сотрудников категории специалистов, работающих полный рабочий день, до пяти таких сотрудников.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2014-2015 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

Не применимо.

<p>1. Резолюция WHA68.15</p>	<p>Укрепление неотложной и основной хирургической помощи и анестезии в качестве компонента всеобщего охвата медико-санитарной помощью</p>
<p>2. Связь с Программным бюджетом на 2014–2015 гг. (см. документ A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ru.pdf)</p> <p>Категория: 4. Системы здравоохранения</p> <p>Программная область: Конечный результат: 4.2. Наличие политики, финансирования и кадровых ресурсов для расширения доступа к комплексным социально ориентированным медицинским услугам</p> <p>Комплексное предоставление социально ориентированных медицинских услуг</p> <p>Промежуточные результаты: 4.2.1. Варианты политики, инструменты и техническая поддержка стран в обеспечении справедливого комплексного предоставления социально ориентированных медицинских услуг и в усовершенствовании подходов к общественному здравоохранению</p> <p>4.2.2. Страны способны планировать и осуществлять стратегии, соответствующие глобальной стратегии ВОЗ в отношении медико-санитарного персонала и Глобальному кодексу ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения</p> <p>4.2.3. Руководящие принципы, инструменты и техническая поддержка стран для повышения безопасности пациентов и качества услуг, а также для расширения возможностей пациентов</p> <p>Как данная резолюция будет способствовать достижению результата (результатов) в вышеуказанной программной области?</p> <p>Данная резолюция будет поддерживать достижение своевременного, безопасного доступа к неотложной и основной хирургической помощи и анестезии в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и лечебно-диагностических центрах первого уровня в качестве неотъемлемого компонента всеобщего охвата медико-санитарной помощью. Она будет способствовать формированию многосекторальных сетей и партнерств, многодисциплинарных мер политики и планов действий и поддерживать национальные, региональные и глобальные усилия по расширению квалифицированных трудовых ресурсов здравоохранения, а также меры по обеспечению доступа к услугам в области неотложной и основной хирургической помощи и анестезии и их безопасности.</p> <p>Включает ли уже Программный бюджет промежуточные и конкретные результаты, указанные в данной резолюции? (Да/нет)</p> <p>Да.</p>	
<p>3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом</p> <p>(а) Общая стоимость</p>	

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) Пять лет (охватывающих период 2014–2018 гг.).

(ii) Всего: 22,98 млн. долл. США (персонал: 10,48 млн. долл. США; деятельность: 12,50 млн. долл. США).

(b) Стоимость на двухгодичный период 2014–2015 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3(a), относится к двухгодичному периоду 2014–2015 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США)

Всего: 9,20 млн. долл. США (персонал: 4,20 млн. долл. США; деятельность: 5,00 млн. долл. США).

Указать, на каких уровнях Организации будут понесены расходы и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Штаб-квартира и все шесть региональных бюро.

Полностью ли включена предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2014–2015 гг.? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите, сколько не включено.

(c) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

В течение двухгодичного периода 2016–2017 гг. потребуется, как минимум, один дополнительный сотрудник уровня Р.4 в штаб-квартире и по одному дополнительному сотруднику уровня Р.4 в каждом из шести региональных бюро.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2014-2015 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

Сумма недостающего финансирования на период с мая по декабрь 2015 года включительно (восемь месяцев) составляет 2,98 млн. долл. США. Эта проблема будет решаться с помощью скоординированного плана по мобилизации ресурсов в масштабах всей Организации для ликвидации нехватки финансирования в Программном бюджете на 2014-2015 годы.

<p>1. Резолюция WHA68.17 Поправки к Положениям о персонале</p>
<p>2. Связь с Программным бюджетом на 2014–2015 гг. (см. документ A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ru.pdf)</p> <p>Категория: 6. Корпоративные услуги/ вспомогательные функции</p> <p>Программная область (программные области): Конечный результат 6.4 Управление и административное руководство Промежуточный результат 6.4.2</p> <p>Как данная резолюция будет способствовать достижению результата (результатов) в вышеуказанной программной области?</p> <p>Поправки, изложенные в документе EB136/47, содействуют работе в вышеупомянутой программной области посредством упрощения и уточнения ряда Правил о персонале; предоставления Организации большей гибкости в случае наложения дисциплинарных мер; и создания уставной основы для политики Организации в области мобильности.</p> <p>Включает ли уже Программный бюджет конкретные и промежуточные результаты, указанные в данной резолюции? (Да/нет)</p> <p>Да.</p>
<p>3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом</p> <p>(а) Общая стоимость</p> <p>Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).</p> <p>(i) Резолюция не ограничена сроками.</p> <p>(ii) Общие расходы на разработку и реализацию политики Организации в области мобильности составят примерно 9,2–10,2 млн. долл. США в течение двухгодичного периода 2016–2017 гг., когда начнется осуществление. Из этой суммы 8–9 млн. долл. США придется на расходы, связанные с возросшими масштабами передвижения персонала. Примерно 1,2 млн. долл. США составят расходы на персонал, связанные с наймом людей для содействия в управлении реализацией политики.</p> <p>(б) Стоимость на двухгодичный период 2014–2015 гг.</p> <p>Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3(а), относится к двухгодичному периоду 2014–2015 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США)</p> <p>Всего: 0 долл. США (персонал: 0 долл. США; деятельность: 0 долл. США)</p> <p>Указать, на каких уровнях Организации будут понесены расходы и, в случае необходимости, конкретные регионы.</p> <p>Не применимо.</p>

Полностью ли включена предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2014–2015 гг.? (Да/нет)

Не применимо.

Если "нет", укажите, сколько не включено.

(с) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Да, в течение двухгодичного периода 2014-2015 годов. Однако на начальной стадии осуществления в течение двухгодичного периода 2016-2017 гг. Департаменту кадровых ресурсов в штаб-квартире потребуются два дополнительных сотрудника на уровне Р3 и один сотрудник на уровне G5. С 2018 г. и далее могут потребоваться дополнительные штатные сотрудники для Департамента кадровых ресурсов, Глобального центра обслуживания и отделов кадровых ресурсов в региональных бюро. Более точная калькуляция расходов будет подготовлена в 2015 г. после доработки плана осуществления.

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2014-2015 гг. Для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Не применимо.

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

Не применимо.

<p>1. Резолюция WHA68.18</p>	<p>Глобальная стратегия и план действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности</p>
<p>2. Связь с Программным бюджетом на 2014–2015 гг. (см. документ A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ru.pdf)</p> <p>Категория: 4. Системы здравоохранения</p> <p>Программные области: Доступ к лекарственным средствам и технологиям здравоохранения и укрепление потенциала регулирования</p>	<p>Конечный результат: 4.3. Улучшение доступа к безопасным, эффективным и качественным лекарственным средствам и технологиям здравоохранения и их рациональное использование</p> <p>Промежуточный результат: 4.3.2. Осуществление глобальной стратегии и плана действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности</p>

Как данная резолюция будет способствовать достижению результата (результатов) в вышеуказанной программной области?

Глобальная стратегия и план действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности направлены на расширение научных исследований и разработок продукции от болезней, непропорционально поражающих развивающиеся страны, где доступ к необходимым медицинским технологиям затруднен из-за рыночной неэффективности. Путем продления срока действия глобальной стратегии и плана действий ВОЗ сможет удержать взятые темпы и продолжать вести информационно-разъяснительную работу в отношении мер политики и действий, способствующих расширению доступа к самой необходимой продукции. Результаты оценки помогут Ассамблее здравоохранения определить новые меры политики для улучшения нынешней стратегии и обеспечения эффективности действий ВОЗ.

Включает ли уже Программный бюджет промежуточные и конкретные результаты, указанные в данной резолюции? (Да/нет)

Да.

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом

(а) Общая стоимость

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) Глобальная стратегия и план действий будут продлены на период 2015-2022 гг.; оценка глобальной стратегии и плана действий будет проводиться за период с июня 2015 г. по май 2017 г.; общий программный обзор охватит период 2017–2018 годов.

(ii) Продление глобальной стратегии и плана действий: 100 млн. долл. США (персонал: 60 млн. долл. США; деятельность: 40 млн. долл. США).

Оценка глобальной стратегии и плана действий: 470 000 долл. США (персонал: 70 000 долл. США; деятельность: 400 000 долл. США).

Общий программный обзор: 1,6 млн. долл. США

(персонал: 1,1 млн. долл. США; деятельность: 500 000 долл. США)

Итого: 102,07 млн. долл. США

(b) Стоимость на двухгодичный период 2014–2015 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3(а), относится к двухгодичному периоду 2014–2015 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США)

Оценка глобальной стратегии и плана действий: 250 000 долл. США (персонал: 30 000 долл. США; деятельность: 220 000 долл. США)

Итого: 250 000 долл. США

Указать, на каких уровнях Организации будут понесены расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Большинство видов деятельности будут проводиться в штаб-квартире и региональных бюро.

Полностью ли включена предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2014–2015 гг.? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите, сколько не включено.

(с) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

Для осуществления стратегии в период с 2015 по 2022 год потребуются девять дополнительных сотрудников категории специалистов и выше в пересчете на полный рабочий день и три сотрудника категории общего обслуживания в пересчете на полный рабочий день в штаб-квартире и по два сотрудника категории специалистов и выше в пересчете на полный рабочий день и по одному сотруднику категории общего обслуживания в пересчете на полный рабочий день в каждом региональном бюро. Для проведения программного обзора потребуются два сотрудника категории специалистов и выше в пересчете на полный рабочий день и один сотрудник категории общего обслуживания в пересчете на полный рабочий день в штаб-квартире сроком на 18 месяцев.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2014-2015 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

Сумма недостающего финансирования составляет 250 000 долл. США. Эта проблема будет решаться с помощью скоординированного плана по мобилизации ресурсов в масштабах всей Организации для ликвидации нехватки финансирования в Программном бюджете на 2014-2015 годы.

1. Резолюция WHA68.19	Итоги второй Международной конференции по вопросам питания
<p>2. Связь с Программным бюджетом на 2014–2015 гг. (см. документ A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ru.pdf)</p> <p>Категория: 2. Неинфекционные заболевания</p> <p>Программная область: Питание</p>	<p>Конечный результат: 2.5. Уменьшение факторов риска, связанных с питанием</p> <p>Промежуточные результаты: 2.5.1. Страны имеют возможность разрабатывать, внедрять и контролировать планы действий на основе комплексного плана деятельности в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста</p> <p>2.5.2. Обновлено нормы и стандарты в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста, задачи в области питания населения и грудного вскармливания и разработаны варианты политики применительно к эффективным действия в области питания в связи с задержкой развития, истощением и анемией</p> <p>Как данное решение будет способствовать достижению результата (результатов) в вышеуказанной программной области?</p> <p>Данное решение повысит значимость этой программной области при формировании политики государствами-членами и выделит приоритетные направления для действий Секретариата и партнеров.</p> <p>Включает ли уже Программный бюджет промежуточные и конкретные результаты, указанные в данном решении? (Да/нет)</p> <p>Да. Предлагаемый программный бюджет на 2016–2017 гг. также включает указанные промежуточные и конкретные результаты.</p>
<p>3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом</p> <p>(а) Общая стоимость</p>	<p>Указать (i) продолжительность срока действия решения, во время которого потребуются деятельность Секретариата для его выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).</p> <p>(i) Десять лет (охватывающих период 2015–2024 гг.).</p> <p>(ii) Всего: 250 млн. долл. США (персонал: 113,62 млн. долл. США; деятельность: 136,38 млн. долл. США).</p>

(b) Стоимость на двухгодичный период 2014–2015 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3(а), относится к двухгодичному периоду 2014–2015 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США)

Всего: 31 млн. долл. США (персонал: 14,09 млн. долл. США; деятельность: 16,91 млн. долл. США).

Указать, на каких уровнях Организации будут понесены расходы и, в случае необходимости, конкретные регионы.

На данный момент 44% расходов будут понесены на уровне штаб-квартиры, 25% – в Африканском регионе и от 4% до 6% – в каждом из остальных регионов.

Полностью ли включена предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2014–2015 гг.? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите, сколько не включено.

(c) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данное решение с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2014–2015 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

Сумма недостающего финансирования составляет, по оценкам, 13,83 млн. долл. США. Эта проблема будет решаться с помощью скоординированного плана по мобилизации ресурсов в масштабах всей Организации для ликвидации нехватки финансирования в Программном бюджете на 2014-2015 годы.

1. Резолюция WHA68.20	Глобальное бремя эпилепсии и необходимость координированных мер на страновом уровне в целях воздействия на его последствия в области здравоохранения, социальной сфере и в области информирования общественности
2. Связь с Программным бюджетом на 2014–2015 гг. (см. документ A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ru.pdf)	<p>Категория: 2. Неинфекционные заболевания</p> <p>Программная область: Психическое здоровье и токсикомания</p> <p>Конечный результат: 2.2. Расширение доступа к услугам, связанным с расстройствами психического здоровья и нарушениями, вызванными злоупотреблением психоактивными веществами</p> <p>Промежуточный результат: 2.2.2. Повышение качества услуг по укреплению психического здоровья, профилактике, лечению и восстановлению посредством информационного обеспечения, более эффективного методического руководства и инструментов для комплексной системы услуг в области психического здоровья</p>
Как данная резолюция будет способствовать достижению результата (результатов) в вышеуказанной программной области?	<p>Обзор и оценка действий по профилактике эпилепсии и борьбе с ней, проводимые, координируемые и поддерживаемые ВОЗ, позволят сформировать комплект наилучших практических методик для государств–членов и особенно для стран с низким и средним уровнями доходов. Кроме того, ввод в действие и реализация национальных программ и служб по эпилепсии обеспечит техническую и, по мере возможности, финансовую поддержку государствам–членам в области профилактики эпилепсии и борьбы с ней. Самое важное, осуществление действий, предлагаемых в резолюции – усиление лидерства, стратегического руководства и осуществления политики и планов в области профилактики эпилепсии и борьбы с ней; включение ведения эпилепсии в первичную медико-санитарную помощь; повышение осведомленности; инвестиции в научные исследования; мониторинг прогресса скоординированных действий государств–членов на страновом уровне в области профилактики эпилепсии и борьбы с ней и создание международных партнерств, – будет, в целом, способствовать расширению доступа к услугам, связанным с расстройствами психического здоровья и нарушениями, вызванными злоупотреблением психоактивными веществами. (Конечный результат: 2.2.)</p>
Включает ли уже Программный бюджет промежуточные и конкретные результаты, указанные в данной резолюции? (Да/нет)	Да.

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом**(a) Общая стоимость**

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) Пять с половиной лет (охватывающих период с июля 2015 г. по декабрь 2020 г., в соответствии со сроком комплексного плана действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг.).

(ii) Всего: 25 млн. долл. США (персонал: 11 млн. долл. США; деятельность: 14 млн. долл. США).

(b) Стоимость на двухгодичный период 2014–2015 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3(a), относится к двухгодичному периоду 2014–2015 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США)

Всего: 700 000 долл. США (персонал: 200 000 долл. США; деятельность: 500 000 долл. США).

Указать, на каких уровнях Организации будут понесены расходы и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Штаб-квартира.

Полностью ли включена предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2014–2015 гг.? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите, сколько не включено.

(c) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

На двухгодичный период 2014–2015 гг. дополнительный персонал не потребуется. Сотрудники ВОЗ проведут разработку концепции и представление программы по эпилепсии и определяют временные рамки этой программы, осуществление которой начнется в 2016 году. С января 2016 года потребуются следующие дополнительные сотрудники:

В штаб-квартире: 1,5 сотрудника (один международный эксперт в области общественного здравоохранения и неврологии (100%-ный эквивалент полной занятости) категории P.4 и один секретарь (50%-ный эквивалент полной занятости) категории G.5).

В каждом из шести регионов: по 0,5 сотрудника (шесть международных экспертов в области общественного здравоохранения и неврологии, знающих потребности своих соответствующих регионов (50%-ный эквивалент полной занятости; категория Р.4)).

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2014-2015 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

На покрытие расходов, связанных с осуществлением деятельности в области профилактики эпилепсии и борьбы с ней с июля по декабрь 2015 года, необходимо мобилизовать 500 000 долл. США с помощью скоординированного плана по мобилизации ресурсов в масштабах всей Организации для ликвидации нехватки финансирования в Программном бюджете на 2014–2015 годы. Для проведения мероприятий будут задействованы сотрудничающие центры ВОЗ и сеть экспертов, а также заинтересованные стороны гражданского общества. Во второй половине 2015 года осуществление будет проводиться имеющимися сотрудниками, а дополнительные квалифицированные сотрудники будут приниматься на работу с января 2016 года.

1. Решение WHA68(8) Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах.

2. Связь с программным бюджетом на 2014–2015 гг. (см. документ A66/7
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ru.pdf)

Категории: все

Программные области: это решение связано с программными областями всех категорий

Конечный результат: все

Промежуточный результат: все

Как данное решение будет способствовать достижению конечных результатов в указанных программных областях?

Действия, запрашиваемые в данном решении, будут способствовать достижению всех конечных результатов программ.

Включает ли уже программный бюджет продукты или услуги, запрашиваемые в этом решении? (Да/нет)

Да.

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с программным бюджетом.**(а) Общая стоимость**

Указать (i) продолжительность срока действия решения, во время которого потребуется деятельность Секретариата для его выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) 1 год (период с мая 2015 г. по май 2016 г.)

(ii) Всего: 11 110 000 долл. США (персонал: 3 860 000 долл. США; деятельность: 7 250 000 долл. США)

(б) (i) Стоимость на двухгодичный период 2014–2015 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3(а), относится к двухгодичному периоду 2014–2015 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США)

Всего: 6 480 000 долл. США (персонал: 2 250 000 долл. США; деятельность: 4 230 000 долл. США)

Указать, на каком уровне Организации будут понесены расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Деятельность будет осуществляться через бюро ВОЗ в Иерусалиме, которое отвечает за программу сотрудничества ВОЗ с Палестинским органом. Работа ВОЗ на страновом уровне будет поддержана Региональным бюро для стран Восточного Средиземноморья и штаб-квартирой.

Полностью ли включена предполагаемая стоимость в утвержденный программный бюджет на 2014–2015 гг.? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите, сколько не включено.

Не применимо.

(с) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данное решение с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

Не применимо.

4. Финансирование

Профинансированы ли в полном объеме предполагаемые расходы на двухгодичный период 2014-2015 гг., указанные в пункте 3(б)? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

1 390 000 долл. США; источник средств: финансирование будет и впредь изыскиваться за счет добровольных взносов, включая План стратегического реагирования.

1. Решение WHA68(10) Вспышка болезни, вызванной вирусом Эбола, 2014 г. и последующие действия в связи со Специальной сессией Исполнительного комитета по болезни, вызванной вирусом Эбола

2. Связь с Программным бюджетом на 2014–2015 гг. (см. документ A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ru.pdf)

Программные области: Информация и фактические данные о системах здравоохранения; возможности по оповещению и принятию мер реагирования; реагирование на вспышки болезней и кризисы

Конечные результаты: 4.4, 5.1, 5.6
Промежуточные результаты: 4.4.1, 4.4.4, 5.1.1 и 5.6.1

Как данное решение будет способствовать достижению результатов в вышеуказанных программных областях?

Настоящее решение обеспечивает выполнение просьб Исполнительного комитета, содержащихся в резолюции EBSS3.R1, принятой им на его Специальной сессии по чрезвычайной ситуации в связи с Эболой 25 января 2015 года. В основе создания потенциала ВОЗ для реагирования на чрезвычайные ситуации с последствиями для здоровья будут лежать: (a) работа Группы по промежуточной оценке Эболы; (b) создание фонда непредвиденных расходов; (c) создание и координация Глобального кадрового резерва для реагирования на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения и управление им; (d) оценка, представленная Комитету по обзору ММСП, сфокусированная на Международные медико-санитарные правила (2005 г.) в контексте реагирования на Эболу; (e) механизм стимулирования научных исследований и разработок продукции медицинского назначения, имеющей отношение к инфекционным болезням с эпидемическим потенциалом; и (f) усиление работы Организации по оказанию поддержки государствам-членам в области улучшения готовности к реагированию на чрезвычайные ситуации с последствиями для здоровья путем усиления национальных систем здравоохранения.

Включает ли уже Программный бюджет промежуточные и конкретные результаты, указанные в данной резолюции? (Да/нет)

Да.

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с программным бюджетом

(a) Общая стоимость

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

- (i) Компоненты этого решения охватывают различные сроки (в порядке завершения):
- a. оказание ВОЗ поддержки национальным администрациям во время их подготовки к конференции Генерального Секретаря Организации Объединенных Наций высокого уровня по объявлению взносов на борьбу с Эболой, которая состоится 10 июля 2015 г., будет завершено в двухгодичном периоде 2014–2015 гг.;
 - b. работа Группы по промежуточной оценке Эболы будет завершена в двухгодичном периоде 2014–2015 гг.;
 - c. Комитет по обзору ММСП в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.) начнет свою работу в двухгодичном периоде 2014–2015 гг. и завершит свою работу в двухгодичном периоде 2016–2017 гг.;
 - d. разработка механизма стимулирования научных исследований и разработок продукции медицинского назначения, имеющей отношение к другим инфекционным болезням с эпидемическим потенциалом, начнется в двухгодичном периоде 2014–2015 гг. и продолжится в двухгодичном периоде 2016–2017 гг.;
 - e. оказание поддержки государствам Западной и Центральной Африки и другим государствам, подвергающимся риску, для достижения осуществления Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в полном объеме к 2019 г. будет продолжаться в течение трех двухгодичных периодов: 2014–2015 гг., 2016–2017 гг. и 2018–2019 гг.;
 - f. дальнейшее оказание Секретариатом поддержки государствам-членам в области улучшения готовности к реагированию на чрезвычайные ситуации с последствиями для здоровья путем усиления национальных систем здравоохранения, и усиление такой поддержки будет продолжаться в течение неопределенного времени;
 - g. работа по созданию и координации Глобального кадрового резерва для реагирования на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения и по управлению им начнется в двухгодичном периоде 2014–2015 гг. и будет продолжаться в течение неопределенного времени;
 - h. работа по созданию и поддержанию фонда непредвиденных расходов и управлению им начнется в двухгодичном периоде 2014–2015 гг. и будет продолжаться в течение неопределенного времени.
- (ii) Расходы на выполнение решения
- Расходы на достижение конечных и промежуточных результатов в Категориях 4 и 5 подпадают под Программный бюджет на 2016–2017 гг.

Во второй половине 2015 г. будет проведено тщательное оперативное планирование и будет представлен доклад о результатах, включая кадровые и бюджетные последствия.

Работа, проводимая в двухгодичном периоде 2014-2015 гг. в отношении конечных результатов 4.4 и 5.1, подпадает под Программный бюджет на 2014-2015 годы. С результатом 4.4 связаны минимальные расходы; в отношении результата 5.1 расходы на работу по оказанию поддержки государствам Западной и Центральной Африки и другим государствам, подвергающимся риску, для достижения осуществления Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в полном объеме составят 1 млн. долл. США.

Общие расходы на двухгодичный период 2014–2015 гг. распределяются следующим образом:

- поддержка государств-членов в подготовке к конференции по объявлению взносов в июле 2015 г.: 1 млн. долл. США
- оставшаяся работа Группы по промежуточной оценке Эболы: 500 000 долл. США
- создание фонда непредвиденных расходов и работа над докладом о его эффективности для представления Исполнительному комитету на его Сто тридцать восьмой сессии в январе 2016 г.: 300 000 долл. США
- создание и укомплектование кадрами секретариата Глобального кадрового резерва для реагирования на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения: 1 млн. долл. США
- создание и поддержка Комитета по обзору ММСП в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.): 500 000 долл. США

(b) Стоимость на двухгодичный период 2014–2015 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3(a), относится к двухгодичному периоду 2014–2015 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США)

Итого: 4,3 млн. долл. США (персонал: 2,7 млн. долл. США;
деятельность: 1,6 млн. долл. США)

Указать, на каких уровнях Организации будут понесены расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

На всех трех уровнях Организации.

Полностью ли включена предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2014–2015 гг.? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите, сколько не включено.

(c) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данное решение с помощью существующего персонала?

Хотя значительная часть этого решения может быть выполнена с помощью существующего персонала, начиная с двухгодичного периода 2014–2015 гг. потребуются четыре дополнительных сотрудника для секретариата Глобального кадрового резерва для реагирования на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения.

В отношении оставшейся части решения потребуются дополнительный персонал в следующем двухгодичном периоде. Число сотрудников подлежит определению в процессе оперативного планирования, упомянутого выше.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2014-2015 гг. Для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

Сумма недостающего финансирования составляет 4,3 млн. долл. США, которые будут мобилизованы с помощью тех доноров, которые внесли вклад в работу ВОЗ по реагированию на вспышки болезней и чрезвычайные ситуации с последствиями для здоровья; которые выразили заинтересованность в этом и которых еще предстоит определить в рамках согласованных усилий по мобилизации ресурсов.

Для капитализации фонда непредвиденных расходов также потребуются мобилизация ресурсов в целях достижения начального уровня в 100 000 000 долл. США при продолжающейся мобилизации для пополнения средств, расходуемых на поддержку реагирования на чрезвычайные ситуации. Два государства-члена объявили о взносах в размере 11 000 000 долл. США.

1. Решение WHA68(11) Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения

2. Связь с Программным бюджетом на 2016–2017 гг. (см. документ A68/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_7-ru.pdf)

Категория: 4. Системы здравоохранения

Программная область: Комплексное предоставление социально

ориентированных медицинских услуг

Конечный результат: 4.2

Промежуточный результат: 4.2.2

Как данное решение будет способствовать достижению результатов в вышеуказанной программной области?

Оно будет способствовать оказанию поддержки странам в осуществлении положений Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения в полном объеме.

Включает ли уже Программный бюджет промежуточные и конкретные результаты, указанные в данном решении? (Да/нет)

Да.

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с программным бюджетом

(а) **Общая стоимость**

Указать (i) продолжительность срока действия решения, во время

которого потребуется деятельность Секретариата для его выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) Четыре года (охватывающих период 2016–2019 гг.)

(ii) Итого: 6,25 млн. долл. США (персонал: 1,75 млн. долл. США; деятельность: 4,5 млн. долл. США)

(b) Стоимость на двухгодичный период 2016–2017 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3(a), относится к двухгодичному периоду 2016–2017 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США)

Итого: 3,125 млн. долл. США (персонал: 0,875 млн. долл. США; деятельность: 2,25 млн. долл. США)

Указать, на каких уровнях Организации будут понесены расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Региональные и субрегиональные бюро – 80%; и штаб-квартира – 20%.

Полностью ли включена предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2016–2017 гг.? (Да/нет)

Да.

Если "нет", укажите, сколько не включено.

(c) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данное решение с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Да, при условии заполнения существующих вакантных должностей в штаб-квартире и региональных бюро.

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2016–2017 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Нет.

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

Сумма недостающего финансирования на двухгодичный период 2016–2017 гг. составляет, согласно оценкам, 1,25 млн. долл. США (2,5 млн. долл. США на четырехлетний период 2016–2019 гг.). Этот дефицит финансирования будет устраняться в рамках скоординированного плана по мобилизации ресурсов в масштабе всей Организации для ликвидации нехватки финансирования в Программном бюджете на 2016–2017 годы.