



Второй доклад Комитета В

(Проект)

Комитет В провел свои третье и четвертое заседания 27 мая 2021 г. под председательством д-ра Сёрена Брострёма (Дания).

Было принято решение рекомендовать семьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять прилагаемые пять резолюций и девять решений, касающихся следующих пунктов повестки дня:

Структурный блок 4. Повышение эффективности и результативности ВОЗ и качества поддержки, которую она оказывает странам

26. Обзор и обновленная информация по вопросам, рассмотренным Исполнительным комитетом

Административные вопросы, вопросы руководства и управления

26.3 Реформа ВОЗ

- Реформа ВОЗ: вопросы управления

Одно решение

- Реформа ВОЗ: всемирные дни здоровья

Одно решение, озаглавленное:

– Всемирный день борьбы с забытыми тропическими болезнями

- Пересмотр норм расходов членов Исполнительного комитета

Одно решение

26.4 Глобальные стратегии и планы действий, срок выполнения которых истекает в течение одного года

- Глобальный план действий ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг.: лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью

Одна резолюция, озаглавленная:

- Наивысший достижимый уровень здоровья для людей с инвалидностью
- Глобальные стратегии сектора здравоохранения соответственно по ВИЧ, вирусному гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем, на период 2016-2021 гг.

Одно решение, озаглавленное:

- Глобальные стратегии сектора здравоохранения соответственно по ВИЧ, вирусному гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем
- Глобальная техническая стратегия и цели в отношении малярии на 2016-2030 гг.

Одна резолюция, озаглавленная:

- Подтверждение приверженности ускорению прогресса в достижении элиминации малярии

Кадровые вопросы

26.8 Поправки к Положениям о персонале и Правилам о персонале

Одна резолюция, озаглавленная:

- Вознаграждение сотрудников на неклассифицируемых должностях и вознаграждение Генерального директора

Административные вопросы, вопросы руководства и управления

26.5 Процедура выборов Генерального директора Всемирной организации здравоохранения

Одно решение, озаглавленное:

- Процедура выборов Генерального директора Всемирной организации здравоохранения: выступления кандидатов и покрытие их путевых расходов

Одно решение, озаглавленное:

- Процедура выборов Генерального директора Всемирной организации здравоохранения: меры на случай непредвиденных обстоятельств

27. Назначение представителей в Комитет Пенсионного фонда персонала ВОЗ

Одно решение

31. Вопросы управления и юридические вопросы

31.2 Соглашения с межправительственными организациями

Одна резолюция, озаглавленная:

- Соглашение между Всемирной организацией здравоохранения и Международной организацией сотрудничества франкоязычных стран

32. Сотрудничество с учреждениями системы Организации Объединенных Наций и другими межправительственными организациями

Одна резолюция, озаглавленная:

- Участие Святого Престола в работе Всемирной организации здравоохранения

33. Обновленная информация и дальнейшее представление докладов

- Глобальная стратегия ВОЗ в области здоровья, окружающей среды и изменения климата: преобразования, необходимые для устойчивого повышения качества жизни и благополучия путем оздоровления окружающей среды

Одно решение

- Роль сектора здравоохранения в Стратегическом подходе к международному регулированию химических веществ на пути к достижению цели 2020 г. и на последующий период

Одно решение

Пункт 26.3 повестки дня

Реформа ВОЗ: вопросы управления

Семьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, рассмотрев сводный доклад Генерального директора¹, постановила:

(1) прекратить представление докладов о выполнении следующих резолюций при том понимании, что содержащиеся в них поручения были выполнены или заменены новыми поручениями по тому же вопросу:

1. EB87.R23 (1991 г.) – Стипендии ВОЗ;
2. WNA23.14 (1970 г.) – Фонд недвижимого имущества;
3. WNA35.14 (1982 г.) – Политика в отношении патентов;
4. WNA38.8 (1985 г.) – Рассмотрение состояния Фонда оборотных средств;
5. WNA40.24 (1987 г.) – Последствия ядерной войны для здоровья населения и служб здравоохранения;
6. WNA40.32 (1987 г.) – Использование алкоголя в лекарственных средствах;
7. WNA44.5 (1991 г.) – Ликвидация дракункулеза;
8. WNA44.27 (1991 г.) – Развитие городского здравоохранения;
9. WNA44.36 (1991 г.) – Международная программа по уменьшению воздействия на здоровье населения последствий Чернобыльской аварии;
10. WNA47.32 (1994 г.) – Борьба с онхоцеркозом посредством распространения ивермектина;
11. WNA48.9 (1995 г.) – Предупреждение нарушения слуха;
12. WNA48.13 (1995 г.) – Предупреждение инфекционных болезней и борьба с ними: новые, возникающие и повторно возникающие инфекционные болезни;
13. WNA49.20 (1996 г.) – Сотрудничество с учреждениями системы Организации Объединенных Наций и с другими межправительственными организациями: ориентация политики ВОЗ в поддержку подъема и развития в Африке;

¹ Документ A74/9.

14. WNA50.13 (1997 г.) – Содействие химической безопасности с особым акцентом на стойкие органические загрязнители;
15. WNA50.29 (1997 г.) – Ликвидация лимфатического филяриатоза в качестве проблемы общественного здравоохранения;
16. WNA51.13 (1998 г.) – Туберкулез;
17. WNA51.15 (1998 г.) – Ликвидация лепры как проблемы общественного здравоохранения;
18. WNA54.19 (2001) – Шистосомоз и гельминтные инфекции, передаваемые через почву;
19. WNA55.8 (2002 г.) – Фонд недвижимого имущества;
20. WNA56.19 (2003 г.) – Предупреждение пандемий и ежегодных эпидемий гриппа и борьба с ними;
21. WNA58.27 (2005 г.) – Улучшение деятельности по сдерживанию резистентности к противомикробным препаратам;
22. WNA60.22 (2007 г.) – Системы здравоохранения: системы неотложной медицинской помощи;
23. WNA63.15 (2010 г.) – Мониторинг достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем;
24. WNA65.21 (2012 г.) – Ликвидация шистосомоза;
25. WNA66.24 (2013 г.) – Стандартизация и совместимость в области электронного здравоохранения;
26. WNA67.14 (2014 г.) – Вопросы здравоохранения в повестке дня в области развития на период после 2015 г.;
- (2) прекратить представление докладов о выполнении следующих резолюций при том понимании, что соответствующие вопросы будут систематически освещаться в будущих докладах по другим смежным вопросам:
27. WNA37.18 (1984 г.) – Профилактика и борьба с недостаточностью витамина А и ксерофтальмией;
28. WNA42.40 (1989 г.) – Профилактика сальмонеллеза и борьба с ним;
29. WNA44.42 (1991 г.) – Женщины, здоровье и развитие;
30. WNA45.22 (1992 г.) – Здоровье ребенка и развитие: здоровье новорожденных;

31. WHA48.12 (1995 г.) – Борьба с диарейными болезнями и острыми респираторными инфекциями: интегрированный подход к ведению больного ребенка;
32. WHA50.16 (1997 г.) – Прием на работу и участие женщин в работе ВОЗ;
33. WHA54.18 (2001 г.) – Открытость в процессе борьбы против табака;
34. WHA58.22 (2005 г.) – Профилактика рака и борьба с ним;
35. WHA58.29 (2005 г.) – Укрепление биобезопасности лабораторий;
36. WHA58.31 (2005 г.) – Работа в направлении всеобщего охвата мероприятиями в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей;
37. WHA60.16 (2007 г.) – Прогресс в рациональном использовании лекарственных средств;
38. WHA60.20 (2007 г.) – Лучшие лекарственные средства для детей;
39. WHA60.21 (2007 г.) – Обеспечение устойчивой ликвидации нарушений, связанных с недостаточностью йода;
40. WHA60.27 (2007 г.) – Укрепление систем медико-санитарной информации;
41. WHA61.16 (2008 г.) – Нанесение увечий женским гениталиям;
42. WHA64.6 (2011 г.) – Укрепление кадровых ресурсов здравоохранения;
43. WHA64.7 (2011 г.) – Укрепление сестринского и акушерского дела;
44. WHA64.9 (2011 г.) – Структуры устойчивого финансирования здравоохранения и всеобщий охват;
45. WHA64.28 (2011 г.) – Молодежь и риски для здоровья;
46. WHA65.20 (2012 г.) – Ответные действия и роль ВОЗ в качестве руководителя кластера здравоохранения для удовлетворения растущих потребностей в области здравоохранения при чрезвычайных гуманитарных ситуациях;
47. WHA67.4 (2014 г.) – Дополнительное финансирование недвижимого имущества и долгосрочных обязательств по персоналу;

- (3) установить сроки прекращения представления докладов по 10 резолюциям, не содержащим указаний относительно графика представления докладов об их выполнении¹:
1. WHA63.12 (2010 г.) – Наличие, безопасность и качество продуктов крови;
 2. WHA63.22 (2010 г.) – Трансплантация органов и тканей человека;
 3. WHA67.1 (2014 г.) – Глобальная стратегия и цели в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 г.;
 4. WHA67.18 (2014 г.) – Народная медицина;
 5. WHA68.2 (2015 г.) – Глобальная техническая стратегия и цели в отношении малярии на 2016–2030 гг.;
 6. WHA68.19 (2015 г.) – Итоги второй Международной конференции по вопросам питания;
 7. WHA69.2 (2016 г.) – Принятие обязательств по осуществлению Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков;
 8. WHA69.24 (2016 г.) – Укрепление механизма комплексного ориентированного на потребности людей медицинского обслуживания;
 9. WHA70.6 (2017 г.) – Кадровые ресурсы для здравоохранения и выполнение итоговых документов Комиссии высокого уровня Организации Объединенных Наций по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста;
 10. WHA70.13 (2017 г.) – Предупреждение глухоты и потери слуха.

¹ Предлагаемые сроки прекращения представления докладов по 10 резолюциям указаны в документе EВ148/33, приложение 2.

Пункт 26.3 повестки дня

Всемирный день борьбы с забытыми тропическими болезнями

Семьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, рассмотрев сводный доклад Генерального директора¹, постановила приветствовать работу Секретариата по поддержке инициатив, направленных на проведение 30 января дня, посвященного борьбе с забытыми тропическими болезнями, и предлагает государствам-членам и соответствующим заинтересованным сторонам рассмотреть вопрос о принятии надлежащих мер для продолжения проведения этого дня.

¹ Документ A74/9.

Пункт 26.3 повестки дня

Пересмотр норм расходов членов Исполнительного комитета

Семьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, рассмотрев сводный доклад Генерального директора¹, постановила привести начиная с 1 июля 2021 г. суммы максимального возмещения путевых расходов членов Исполнительного комитета в соответствие с нормами путевых расходов сотрудников ВОЗ.

¹ Документ A74/9.

Пункт 26.4 повестки дня

Наивысший достижимый уровень здоровья для людей с инвалидностью

Семьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,
рассмотрев сводный доклад Генерального директора¹;

ссылаясь на резолюции WHA58.23 (2005 г.) «Инвалидность, включая предупреждение, ведение и реабилитацию», WHA66.9 (2013 г.) «Инвалидность», WHA67.7 (2014 г.) «Глобальный план действий ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг.: лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью», WHA71.8 (2018 г.) «Улучшение доступа к ассистивным технологиям» и WHA72.3 (2019 г.) «Оказание первичной медико-санитарной помощи работниками здравоохранения на уровне местных сообществ: возможности и проблемы»;

ссылаясь также на Всемирный доклад об инвалидности (2011 г.) и глобальный план действий ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг.², который основан на рекомендациях, содержащихся в этом докладе;

ссылаясь далее на Конвенцию Организации Объединенных Наций о правах инвалидов³, согласно которой к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими, и в соответствии с которой 182 государства-участника признают, что инвалиды имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности;

признавая, что инвалидность – это эволюционирующее понятие и что она является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими;

ссылаясь на Повестку дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. и ее цель, заключающуюся в том, чтобы «никого не оставить без внимания», а также на ведущий доклад Организации Объединенных Наций «Доклад по вопросам инвалидности и развития: реализация целей в области устойчивого развития инвалидами, в их

¹ Документ A74/9.

² WHO global disability action plan 2014-2021. Geneva: World Health Organization; 2015 (см. по адресу <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-disability-action-plan-2014-2021>, по состоянию на 17 января 2021 г.).

³ Конвенция о правах инвалидов, 24 января 2007 г. Резолюция 61/106 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (2007 г.).

интересах и при их участии» (2018 г.)¹, в котором представлен обзор положения в области обеспечения доступности для инвалидов и сохраняющихся в этой связи пробелов и изложены передовые методики и рекомендуемые меры по обеспечению доступности для эффективного осуществления Конвенции о правах инвалидов и достижения Целей в области устойчивого развития с учетом проблематики инвалидности;

напоминая о том, что в 2001 г. была одобрена Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья²;

приветствуя прогресс в области учета проблематики инвалидности, включая права людей с инвалидностью, в рамках работы Организации Объединенных Наций и с удовлетворением отмечая начало осуществления Стратегии Организации Объединенных Наций по интеграции инвалидов, которая обеспечивает основу для устойчивого и преобразующего прогресса в деле учета вопроса интеграции инвалидов в рамках работы Организации Объединенных Наций;

признавая тот факт, что люди с инвалидностью подвергаются несоразмерному воздействию чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения, включая пандемии, такие как COVID-19, и поэтому приветствуя конкретные руководящие указания, представленные Организации Объединенных Наций и ВОЗ в целях консультирования соответствующих заинтересованных сторон в отношении путей смягчения последствий пандемии для людей с инвалидностью;

признавая также необходимость учета опыта и перспектив людей с инвалидностью и представляющих их организаций во всех вопросах, в том числе путем принятия мер по обеспечению и активной поддержке их значимого участия в процессах разработки программ, формирования политики и принятия решений;

отмечая, что в глобальных масштабах каждый седьмой человек имеет ту или иную форму инвалидности и что это число продолжает расти в силу многих основополагающих факторов, таких как старение населения и рост распространенности хронических нарушений здоровья³;

¹ Disability and development report: realizing the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities. New York: United Nations; 2018 (см. по адресу <https://social.un.org/publications/UN-Flagship-Report-Disability-Final.pdf>, по состоянию на 17 января 2021 г.).

² International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf>, по состоянию на 17 января 2021 г.).

³ World Health Organization and The World Bank. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011 (см. по адресу <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-disability>, по состоянию на 17 января 2021 г.).

отмечая также сохраняющиеся отношенческие, институциональные и средовые барьеры, включая дискриминационное отношение к людям с инвалидностью и недоступные общины;

с обеспокоенностью отмечая также, что люди с инвалидностью сталкиваются с сохраняющимся неравенством в социальной, экономической, медико-санитарной и политической сферах и поэтому с большей вероятностью живут в условиях нищеты, чем люди, не имеющие инвалидности, что они с большей вероятностью подвергаются риску развития неинфекционных заболеваний, а также что они с большей вероятностью не могут получить доступ к основным медико-санитарным услугам, функциям общественного здравоохранения, лекарственным средствам и лечению из-за существующих в обществе средовых, финансовых, правовых и отношенческих барьеров, включая дискриминацию и стигматизацию, а также из-за отсутствия надежных и сопоставимых данных;

отмечая далее, что, поскольку многие люди с инвалидностью сталкиваются с многочисленными и пересекающимися формами дискриминации и поэтому с большей вероятностью имеют неудовлетворенные медико-санитарные потребности, при осуществлении мероприятий в области здравоохранения и реабилитации следует учитывать разные потребности, а также возраст и гендерные аспекты на основе поощрения, защиты и обеспечения полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод и поощрения уважения их достоинства;

признавая, что люди с инвалидностью часто оказываются несоразмерно затронутыми в ситуациях, связанных с риском, включая ситуации вооруженного конфликта, сложные чрезвычайные гуманитарные ситуации и стихийные бедствия, и в последующий период и что им могут потребоваться конкретные меры по обеспечению защиты и безопасности; признавая также необходимость оказания поддержки в целях расширения вовлечения и включения людей с инвалидностью в разработку таких мер и в связанные с ними процессы принятия решений, с тем чтобы обеспечить снижение рисков и гуманитарную помощь с учетом интересов людей с инвалидностью, и признавая необходимость оказания психосоциальной поддержки для преодоления последствий конфликтов и стихийных бедствий;

отмечая, что многие люди с инвалидностью, особенно девочки и женщины, сталкиваются с препятствиями в доступе к информации и образованию, в том числе в отношении сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивных прав, согласованных в соответствии с Программой действий Международной конференции по народонаселению и развитию и Пекинской платформой действий и итоговыми документами конференций по их обзору;

отмечая также настоятельную необходимость расширения доступа к дезагрегированным по признаку инвалидности данным в секторе здравоохранения и других секторах с использованием сопоставимых на международном уровне методов сбора высококачественных данных об инвалидности для информационного обеспечения основанных на фактических данных стратегий и программ в области здравоохранения,

учитывающих проблематику инвалидности и отвечающих потребностям людей с инвалидностью;

отмечая далее, что люди с инвалидностью являются недостаточно представленной группой в исследованиях в области здравоохранения и что это, в свою очередь, ограничивает применение результатов исследований в их интересах;

отмечая также, что обеспечение всеобщего доступа к ассистивным технологиям и услугам по реабилитации способствует интеграции, участию и вовлечению людей с инвалидностью во все сферы жизни общества;

подчеркивая роль общинных медико-санитарных работников в обеспечении равного доступа людей с инвалидностью к безопасным, качественным, доступным, инклюзивным и инновационным услугам здравоохранения в городских и сельских районах и в сокращении неравенств;

подчеркивая, что качественное, базовое и непрерывное образование и повышение квалификации специалистов здравоохранения с учетом потребностей людей с инвалидностью, включая приобретение навыков эффективной коммуникации, чрезвычайно важны с точки зрения обеспечения наличия у них надлежащих профессиональных навыков и умений для выполнения ими обязанностей и функций, связанных с предоставлением безопасных, качественных, доступных и инклюзивных медицинских услуг;

подчеркивая также, что доступные медицинские учреждения, доступная медико-санитарная информация, а также ориентированные на людей с инвалидностью медицинские услуги и решения являются принципиально важными с точки зрения обеспечения для людей с инвалидностью равных возможностей в том, что касается санитарного просвещения, укрепления здоровья, профилактики и лечения заболеваний, а также реабилитации; и подчеркивая далее, что технологические решения могут быть эффективным средством повышения доступности;

подчеркивая, что потребности людей с инвалидностью в сфере здравоохранения должны удовлетворяться на протяжении всей их жизни посредством оказания в полном объеме услуг, связанных с профилактикой заболеваний, укреплением здоровья, лечением заболеваний, реабилитацией и паллиативной помощью, включая психосоциальную поддержку;

подтверждая, что медицинские услуги должны оказываться людям с инвалидностью на основе их свободного и информированного согласия, а также подчеркивая, что информация, необходимая для дачи ими такого согласия, должна предоставляться им по мере возможности в адекватной, доступной и понятной форме;

1. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ государства-члены¹

(1) внедрять инклюзивный подход с учетом потребностей людей с инвалидностью и гендерной проблематики, в том числе проводить широкие консультации с людьми с инвалидностью и представляющими их организациями в процессе принятия решений и при разработке программ, с тем чтобы они получали эффективные медицинские услуги в рамках всеобщего охвата услугами здравоохранения, равную защиту в условиях комплексных чрезвычайных гуманитарных ситуаций, во время стихийных бедствий и после них, а также равный доступ к межсекторальным мероприятиям общественного здравоохранения, таким как обеспечение безопасного водоснабжения, санитарии и гигиены, в целях обеспечения наивысшего достижимого уровня здоровья;

(2) выявлять и устранять отношенческие, средовые и институциональные препятствия и барьеры, затрудняющие медицинское обслуживание людей с инвалидностью, включая получение ими медицинских услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья, а также информации по теме здравоохранения и соответствующих навыков и благ, в том числе путем обеспечения доступности лечебных учреждений, дополнительной подготовки соответствующих специалистов в вопросах, касающихся прав человека, достоинства, самостоятельности и нужд инвалидов, а также путем предоставления информации в доступном виде и принятия необходимых мер для реализации дееспособности в вопросах, связанных со здоровьем;

(3) разрабатывать, осуществлять и совершенствовать необходимые стратегии и программы для улучшения доступа к услугам по реабилитации, а также к доступным по цене и качественным ассистивным технологиям в рамках систем всеобщего охвата услугами здравоохранения и/или социальными услугами и обеспечивать устойчивый характер такого доступа;

(4) осуществлять сбор медико-санитарных данных с разбивкой по наличию инвалидности, возрасту, полу, уровню образования и уровню дохода домохозяйства с целью их использования при разработке стратегий и программ;

(5) без дискриминации по признаку инвалидности предоставлять людям с инвалидностью медицинские услуги и уход того же качества, что и остальным, в том числе на основе свободного и информированного согласия без ущерба для прав человека, достоинства, самостоятельности, дееспособности и нужд инвалидов, в том числе за счет обучения специалистов и принятия этических стандартов для государственного и частного здравоохранения;

(6) принимать меры по обеспечению физической и финансовой доступности всего спектра медицинских учреждений и услуг для всех людей с инвалидностью, принимая во внимание особую уязвимость лиц, компактно проживающих в специализированных учреждениях, в которых им предоставляется необходимый

¹ А также, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

уход, во время чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения, таких как пандемия COVID-19, и необходимость принятия особых противоэпидемических мер, в частности среди групп повышенного риска, которые в числе прочего должны способствовать повышению квалификации медико-санитарных и социальных работников в отношении профилактики инфекций и борьбы с ними с целью обеспечения надлежащей защиты всех людей с инвалидностью, проживающих как самостоятельно, так и в специализированных учреждениях;

2. ПРИЗЫВАЕТ международные организации и другие соответствующие заинтересованные стороны, включая межправительственные и неправительственные организации, компании частного сектора, научные учреждения и, в частности, организации инвалидов:

(1) сотрудничать с государствами-членами в деле соблюдения, защиты и осуществления права инвалидов на наивысший достижимый уровень здоровья;

(2) создавать партнерства и альянсы для накопления и распространения знаний и передового опыта в сфере интеграции людей с инвалидностью;

(3) усиливать влияние людей с инвалидностью и представляющих их организаций, а также повышать уровень осведомленности о правах, возможностях и роли людей с инвалидностью;

(4) привлекать людей с инвалидностью к участию в научных исследованиях в сфере здравоохранения, чтобы они имели возможность пользоваться их результатами и продуктами;

3. ПОРУЧАЕТ Генеральному директору:

(1) разработать к концу 2022 г. в тесной консультации с государствами-членами¹, а также соответствующими международными организациями и иными заинтересованными сторонами глобальный доклад о наивысшем достижимом уровне здоровья для людей с инвалидностью, который будет представлен на рассмотрение семьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через 152-ю сессию Исполнительного комитета, будет посвящен эффективному доступу к качественным медицинским услугам, включая такие вопросы, как всеобщий охват услугами здравоохранения (в том числе реабилитация), чрезвычайные ситуации в области здравоохранения, а также здоровье и благополучие, будет основан на наилучших доступных научных данных и будет содержать практические рекомендации, а также обновить выполненные ВОЗ оценки распространенности инвалидности в мире, которые приведены во Всемирном докладе об инвалидности (2011 г.);

¹ А также, в соответствующих случаях, с региональными организациями экономической интеграции.

(2) полностью реализовать Стратегию Организации Объединенных Наций по интеграции инвалидов на всех уровнях ВОЗ, с тем чтобы обеспечить должный учет проблематики инвалидности, включая права людей с инвалидностью, и систематическое включение соответствующей проблематики во все программные области, стратегии и мероприятия, включая планы готовности к чрезвычайным ситуациям и реагирования на них, а также планирование строительства и реконструкции, и направить в Исполнительный комитет копию ежегодного доклада о ходе работы по осуществлению Стратегии Организации Объединенных Наций по интеграции инвалидов;

(3) оказать содействие в разработке глобальной программы научных исследований, охватывающей такие темы, как всеобщий охват услугами здравоохранения, чрезвычайные ситуации в области здравоохранения, а также здоровье и благополучие, включая системы здравоохранения и стратегические исследования, а также изучить возможные пути отслеживания в период до 2030 г. прогресса в области интеграции людей с инвалидностью в секторе здравоохранения;

(4) в сотрудничестве с соответствующими заинтересованными сторонами и в тесной консультации с людьми с инвалидностью и представляющими их организациями предоставлять государствам-членам технические знания и поддержку в наращивании потенциала, необходимые для внедрения инклюзивного подхода с учетом потребностей инвалидов в том, что касается их доступа к качественным медицинским услугам, обеспечения защиты во время чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения и доступа к межсекторальным мероприятиям общественного здравоохранения, с тем чтобы люди с инвалидностью имели возможность осуществить свое право на наивысший достижимый уровень здоровья, в том числе в плане поддержки, которая им может потребоваться при реализации своей дееспособности в вопросах, связанных со здоровьем, а также оказывать странам поддержку в сборе, обработке, анализе и распространении данных, касающихся инвалидности, в том числе в разбивке по наличию инвалидности, полу, возрасту и другим параметрам, имеющим значение в конкретных странах.

Пункт 26.4 повестки дня

Глобальные стратегии сектора здравоохранения соответственно по ВИЧ, вирусному гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем

Семьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения Исполнительный комитет, рассмотрев сводный доклад Генерального директора¹, постановила:

(1) подтвердить цель глобальных стратегий сектора здравоохранения соответственно по ВИЧ, вирусному гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем, направленную на содействие выполнению задачи 3.3 Целей в области устойчивого развития (К 2030 г. положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней, которым не уделяется должного внимания, и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями) и достижению других целей и показателей, касающихся инфекционных заболеваний;

(2) предложить Генеральному директору на основе уже ведущейся работы организовать широкий консультативный процесс по разработке глобальных стратегий сектора здравоохранения соответственно по ВИЧ, вирусному гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем, на период 2022-2030 гг. согласно установленному порядку на основе всесторонних консультаций с государствами-членами², с учетом соответствующих стратегий ЮНЭЙДС и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и принимая во внимание мнения всех соответствующих заинтересованных сторон, обеспечивая, чтобы стратегии сектора здравоохранения были по-прежнему основаны на качественных и количественных научных данных для выполнения обязательств в отношении ВИЧ, вирусного гепатита и инфекций, передаваемых половым путем, включая задачу 3.3 Целей в области устойчивого развития и другие соответствующие цели и показатели, для представления на рассмотрение семьдесят пятой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2022 г. через 150-ю сессию Исполнительного комитета.

¹ Документ A74/9.

² А также, в соответствующих случаях, региональными организациями экономической интеграции.

Пункт 26.4 повестки дня

Подтверждение приверженности ускорению прогресса в достижении элиминации малярии

Семьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о глобальной технической стратегии и целях в отношении малярии на 2016-2030 гг.¹;

ссылаясь на резолюции WHA58.2 (2005 г.) о борьбе с малярией, WHA60.18 (2007 г.) и WHA64.17 (2011 г.) о малярии, включая предложение об учреждении Всемирного дня борьбы с малярией, и резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 69/325 (2015 г.), 70/300 (2016 г.), 71/325 (2017 г.), 72/309 (2018 г.), 73/337 (2019 г.) и 74/305 (2020 г.) о закреплении достигнутых успехов и активизации борьбы с малярией и усилий по ее элиминации в развивающихся странах, особенно в странах Африки, к 2030 г., а также резолюцию WHA68.2 (2015 г.) о глобальной технической стратегии и целях в отношении малярии на 2016–2030 гг.;

отмечая доклад Стратегической консультативной группы ВОЗ по вопросам ликвидации малярии, озаглавленный «Ликвидация малярии: положительный эффект, будущие сценарии и осуществимость»;

отмечая с озабоченностью, что два из четырех промежуточных целевых показателей Глобальной технической стратегии в отношении малярии на 2016-2030 гг., намеченных на 2020 г., не были достигнуты, о чем сообщалось во Всемирном докладе о малярии за 2020 г., поскольку мир не добился успеха в сокращении показателей смертности от малярии во всем мире на 40% или в сокращении заболеваемости малярией во всем мире на 40% по сравнению с базовыми показателями 2015 г., приветствуя при этом достижение целевых страновых показателей по элиминации малярии на национальном уровне в 10 странах и предотвращение повторного распространения малярии во всех странах, в которых была достигнута элиминация;

признавая, что для последовательной борьбы с малярией на основе соблюдения принципа справедливости необходимы устойчивые системы здравоохранения и достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения и что продолжающееся распространение пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19) и другие недавние эпидемии негативно сказались на функционировании систем здравоохранения, а также на разработке и осуществлении жизненно важных мер борьбы с малярией в условиях, безопасных как для медицинских работников, так и для местных сообществ;

принимая во внимание принятую в 1955 г. резолюцию WHA8.30 Ассамблеи здравоохранения, в которой она постановила, «что Всемирной организации здравоохранения следует взять на себя инициативу, предоставить технические

¹ Документ A74/55.

консультации, а также содействовать проведению исследований и координации ресурсов в рамках осуществления программы, конечной целью которой является ликвидация малярии во всем мире», и принимая к сведению призыв Альянса африканских лидеров по борьбе с малярией в 2020 г. к достижению цели элиминации малярии на Африканском континенте, а также принятое на Восточно-Азиатском саммите в 2015 г. обязательство добиться элиминации малярии в Азиатско-Тихоокеанском регионе,

1. **ВНОВЬ ПОДТВЕРЖДАЕТ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ** достижению цели ликвидации малярии и подтверждает, что эта цель будет включена в новую глобальную техническую стратегию в отношении малярии после 2030 г.;

2. **ПРИНИМАЕТ** обновленную глобальную техническую стратегию в отношении малярии на 2016–2030 гг., в которой основное внимание уделяется ответственному участию стран и поощряется создание справедливых и устойчивых систем здравоохранения для предоставления качественных услуг, которые адаптируются к местным условиям и в которых признается необходимость наращивания потенциала, с тем чтобы страны могли получать, анализировать и использовать высококачественные данные, включая данные эпиднадзора, для принятия решений и разработки целенаправленных мер, обеспечивающих соблюдение принципа «никого не оставить без внимания», в целях повышения эффективности и качества услуг здравоохранения путем принятия дополнительных высокоэффективных мер в рамках существующего пакета мер, если они являются эффективными с точки зрения затрат и соответствуют приоритетам стран, а также принятия более эффективных мер в отношении более широкого круга факторов, которые могут противодействовать или способствовать расширению доступа и повышению качества услуг, особенно в отношении женщин и детей в возрасте до пяти лет;

3. **ПРИЗЫВАЕТ** государства-члены¹:

(1) ускорить темпы осуществления своих стратегий и планов действий в отношении малярии с учетом национальных условий и приоритетов в соответствии с обновленной концепцией и принципами глобальной технической стратегии в отношении малярии на 2016-2030 гг. и Руководящими принципами ВОЗ по борьбе с малярией;

(2) расширять инвестиции в предоставление услуг здравоохранения и оказывать им поддержку, включая комплексные, доступные, приемлемые по стоимости и качественные меры профилактики, выявления, диагностики и лечения, в том числе с использованием технологических решений, на уровне учреждений и местных сообществ, с тем чтобы никто не остался без внимания, обеспечивая при этом расширение доступа для проживающих в самой отдаленной сельской местности и маргинализированных групп населения, которые характеризуются самым низким уровнем доступа к мерам вмешательства и охвата ими;

¹ А также, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

(3) поддерживать и расширять, по мере необходимости, достаточное финансирование глобальных мер по борьбе с малярией;

(4) расширять инвестиции в разработку новых инструментов и поддержку имплементационных исследований и инноваций, с тем чтобы обеспечить эффективное осуществление и справедливый доступ в целях достижения максимального воздействия и эффективности с точки зрения затрат;

4. **НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ** международных, региональных и национальных партнеров как в секторе здравоохранения, так и за его пределами, в частности в рамках партнерства по ликвидации малярии «Обратить вспять малярию», усилить свою поддержку и принять дальнейшее участие в осуществлении глобальной технической стратегии в отношении малярии на 2016-2030 гг., а также привести эту деятельность в соответствие с существующими стратегиями и планами в области здравоохранения;

5. **ПРЕДЛАГАЕТ** Генеральному директору:

(1) продолжать оказывать государствам-членам¹ техническую поддержку и предоставлять им рекомендации в целях адаптации, осуществления и практической реализации на национальном уровне обновленной глобальной технической стратегии в отношении малярии на 2016–2030 гг.;

(2) регулярно обновлять техническое руководство по профилактике, оказанию помощи и борьбе с малярией, а также ее элиминации по мере сбора новых данных и разработки инновационных инструментов и подходов, оказывая странам поддержку в принятии и эффективном осуществлении этих руководящих принципов;

(3) осуществлять мониторинг реализации обновленной глобальной технической стратегии в отношении малярии на 2016–2030 гг. и оценивать ее результативность с точки зрения прогресса в достижении поставленных целей и задач;

(4) сотрудничать с государствами-членами², гражданским обществом и другими партнерами в целях увеличения объема инвестиций и активизации усилий по проведению исследований в целях оптимизации существующих инструментов, разработки и утверждения новых, безопасных и приемлемых по стоимости лекарственных препаратов, продуктов и технологий, связанных с малярией, включая программу НИОКР, и оказывать содействие в разработке, переводе и распространении нормативных документов, а также технических и практических руководств;

(5) представить доклад о ходе работы семьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2024 г., подробный доклад о ходе работы – семьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2026 г., а окончательный доклад о ходе работы – восемьдесят первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2028 г.

¹ А также, в соответствующих случаях, региональным организациям экономической интеграции.

² А также, в соответствующих случаях, региональными организациями экономической интеграции.

Пункт 26.8 повестки дня

**Вознаграждение сотрудников на неклассифицируемых должностях и
вознаграждение Генерального директора**

Семьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев сводный доклад Генерального директора¹,

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

1. УСТАНАВЛИВАЕТ валовый оклад помощников генерального директора и региональных директоров в размере 186 323 долл. США в год, а чистый оклад – соответственно 138 473 долл. США в год;
2. УСТАНАВЛИВАЕТ валовый оклад заместителя генерального директора в размере 205 264 долл. США в год, а чистый оклад – соответственно 150 974 долл. США;
3. УСТАНАВЛИВАЕТ валовый оклад Генерального директора в размере 257 010 долл. США в год, а чистый оклад – соответственно 193 407 долл. США в год;
4. ПОСТАНОВЛЯЕТ, что данные изменения вознаграждения вступают в силу с 1 января 2021 г.

¹ Документ A74/9.

Пункт 26.5 повестки дня

**Процесс выборов Генерального директора
Всемирной организации здравоохранения:
выступления кандидатов и покрытие их путевых расходов**

Семьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, рассмотрев доклад о процессе выборов Генерального директора Всемирной организации здравоохранения¹, постановила:

(1) что при проведении нынешних и последующих выборов кандидаты, выдвинутые Исполнительным комитетом на должность Генерального директора Всемирной организации здравоохранения, будут выступать на Ассамблее здравоохранения до голосования по назначению Генерального директора при том понимании, что:

- (a) продолжительность каждого выступления не будет превышать 15 минут;
- (b) порядок выступлений будет определен методом жеребьевки;
- (c) вопросов и ответов после выступлений не будет;
- (d) выступления будут транслироваться в онлайн-режиме на веб-сайте ВОЗ на всех официальных языках ВОЗ;

(2) что пункт 1 не применяется в случае, если Исполнительный комитет выдвигает на должность Генерального директора только одного кандидата;

(3) что всем кандидатам, участвующим в форумах кандидатов, предоставляется финансовая поддержка для покрытия путевых расходов, включающая возмещение стоимости авиабилета эконом-класса и выплату суточных за время, необходимое для прохождения собеседования.

¹ Документ A74/24.

Пункт 26.5 повестки дня

**Процесс выборов Генерального директора
Всемирной организации здравоохранения:
меры на случай непредвиденных обстоятельств**

Семьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, рассмотрев доклад о процессе выборов Генерального директора Всемирной организации здравоохранения: меры на случай непредвиденных обстоятельств¹, постановила:

- (1) что в случае проведения семьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в очном формате тайное голосование для назначения Генерального директора будет проводиться с помощью бумажных бюллетеней в соответствии с решением WHA73(16) (2020 г.);
- (2) что в случае невозможности проведения семьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в очном формате, как это было предусмотрено, назначение Генерального директора будет проводиться в соответствии с мерами на случай непредвиденных обстоятельств, утвержденными Исполнительным комитетом, с использованием письменной процедуры отсутствия возражений на основе предложения должностных лиц Исполкома после консультаций со всеми государствами-членами.

¹ Документ A74/24 Add.2.

Пункт 27 повестки дня

**Назначение представителей в
Комитет Пенсионного фонда персонала ВОЗ**

Семьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения вновь назначила представителя делегации Монголии г-жу Янджмаа Биндерию заместителем члена Комитета Пенсионного фонда персонала ВОЗ на трехлетний срок до закрытия семьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2024 г.

Ассамблея здравоохранения также вновь назначила представителя делегации Германии д-ра Кая Цэле заместителем члена Комитета Пенсионного фонда персонала ВОЗ на трехлетний срок до закрытия семьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2024 г.

Пункт 31.2 повестки дня

Соглашения с международными организациями

Семьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о предлагаемом соглашении между Всемирной организацией здравоохранения и Международной организацией франкоязычных стран¹,

принимая также во внимание статью 70 Устава Всемирной организации здравоохранения,

УТВЕРЖДАЕТ предлагаемое соглашение между Международной организацией франкоязычных стран и Всемирной организацией здравоохранения.

¹ Документ A74/44.

Пункт 32 повестки дня

Участие Святого престола в работе Всемирной организации здравоохранения

Семьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

напоминая, что Святой Престол с 1953 г. регулярно участвует в качестве наблюдателя в сессиях Ассамблеи здравоохранения;

напоминая, что Святой Престол регулярно участвует в качестве наблюдателя в сессиях Исполнительного комитета;

напоминая далее, что Святой Престол с 1964 г. имеет статус государства – постоянного наблюдателя при Организации Объединенных Наций и что его права и привилегии в отношении участия в работе Генеральной Ассамблеи, а также в других совещаниях и конференциях Организации Объединенных Наций были изложены в резолюции 58/314 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций от 1 июля 2003 г.;

отмечая, что Святой Престол является членом различных вспомогательных органов Организации Объединенных Наций, специализированных учреждений и международных межправительственных организаций, включая Исполнительный комитет Программы Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев, Конференцию Организации Объединенных Наций по торговле и развитию, Всемирную организацию интеллектуальной собственности, Международную организацию по миграции, Международное агентство по атомной энергии, Организацию по запрещению химического оружия, Подготовительную комиссию Организации по Договору о всеобъемлющем запрещении ядерных испытаний и Международный комитет военной медицины;

отмечая также, что Святой Престол является государством-наблюдателем в различных вспомогательных органах Организации Объединенных Наций, специализированных учреждениях и международных межправительственных организациях, включая Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Всемирную продовольственную программу, Программу развития Организации Объединенных Наций, Программу Организации Объединенных Наций по окружающей среде, Программу Организации Объединенных Наций по населенным пунктам и Детский фонд Организации Объединенных Наций, Продовольственную и сельскохозяйственную организацию Объединенных Наций, Международную организацию труда, Организацию Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры, Организацию Объединенных Наций по промышленному развитию, Международный фонд сельскохозяйственного развития, Всемирную туристскую организацию, Всемирную метеорологическую организацию и Всемирную торговую организацию;

отмечая далее, что 15 июня 2007 г. Святой Престол стал государством-участником Международных медико-санитарных правил (2005 г.);

ПОСТАНОВЛЯЕТ, что Святому Престолу, выступающему в качестве наблюдателя, не являющегося государством-членом, должны быть предоставлены в соответствии с приложением к настоящей резолюции права и привилегии в отношении участия в сессиях и работе Ассамблеи здравоохранения, Исполнительного комитета и Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Права и привилегии в отношении участия Святого Престола реализуются на основе следующих процедур без ущерба для прав и привилегий, существующих во Всемирной организации здравоохранения:

1. право участвовать в общих прениях Ассамблеи здравоохранения;
2. право делать заявления и записываться в список ораторов без ущерба для прерогатив государств-членов на любом пленарном заседании Ассамблеи здравоохранения, в ее главных комитетах, в Исполнительном комитете, а также в Комитете Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам после последнего государства-члена, записавшегося в список выступающих;
3. право на ответ;
4. право выступать по порядку ведения заседания в связи с любыми процедурами, касающимися Святого Престола, при условии, что такое право выступать по порядку ведения заседания не включает право опротестовывать решение председательствующего должностного лица;
5. право выступать соавтором проектов резолюций и решений, в которых упоминается Святой Престол; такие проекты резолюций и решений ставятся на голосование только по просьбе одного из государств-членов;
6. рассадка делегации Святого Престола организуется сразу же после рассадки делегаций государств-членов; и
7. Святой Престол не имеет в Ассамблее здравоохранения права голоса и права выдвигать кандидатуры.

Пункт 33 повестки дня

Глобальная стратегия ВОЗ в области здоровья, окружающей среды и изменения климата: преобразования, необходимые для устойчивого повышения качества жизни и благополучия путем оздоровления окружающей среды

Семьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, рассмотрев доклад о Глобальной стратегии ВОЗ в области здоровья, окружающей среды и изменения климата¹, постановила поручить Генеральному директору представить семьдесят шестой, семьдесят восьмой и восемьдесят второй сессиям Всемирной ассамблеи здравоохранения доклад о ходе осуществления Глобальной стратегии ВОЗ.

¹ Документ A74/41.

Пункт 33 повестки дня

Роль сектора здравоохранения в Стратегическом подходе к международному регулированию химических веществ на пути достижения цели 2020 г. и на последующий период

Семьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, рассмотрев доклад о роли сектора здравоохранения в Стратегическом подходе к международному регулированию химических веществ на пути достижения цели 2020 г. и на последующий период¹, постановила поручить Генеральному директору представить семьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения доклад о ходе осуществления дорожной карты, а также о принятых Секретариатом мерах по обновлению дорожной карты с учетом итогов межсессионного процесса подготовки рекомендаций в отношении Стратегического подхода и рационального регулирования химических веществ и отходов после 2020 г.

= = =

¹ Документ A74/42.