



ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ

Восемьдесят седьмая сессия

Пункт 7 предварительной повестки дня

ДОКЛАДЫ РЕГИОНАЛЬНЫХ ДИРЕКТОРОВ ПО ВАЖНЫМ ВОПРОСАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕГИОНАХ,
ВКЛЮЧАЯ ВОПРОСЫ, РАССМОТРЕННЫЕ РЕГИОНАЛЬНЫМИ КОМИТЕТАМИ

Доклад Директора Регионального бюро для стран Африки

Генеральный директор имеет честь представить Исполнительному комитету доклад Директора Регионального бюро для стран Африки, в котором освещаются важные события, происшедшие в Регионе, включая вопросы, возникшие в результате обсуждения на сороковой сессии Регионального комитета. Если члены Исполкома пожелают ознакомиться с полным докладом Регионального комитета, то его можно получить в зале заседаний Исполнительного комитета.

ДОКЛАД ДИРЕКТОРА РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ДЛЯ СТРАН АФРИКИ
ПО ВАЖНЫМ ВОПРОСАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕГИОНЕ, ВКЛЮЧАЯ ВОПРОСЫ,
РАСМОТРЕННЫЕ РЕГИОНАЛЬНЫМ КОМИТЕТОМ

I. НАПРАВЛЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

ВВЕДЕНИЕ

1. Анализ систем здравоохранения в Африканском регионе в 1987, 1988 и 1989 гг. выявил недостатки в управлении, несоответствие между подготовкой персонала здравоохранения при неадекватности видов предлагаемой подготовки и функциями, обеспечиваемыми теми, кто прошел подготовку, отсутствие интереса или незначительный интерес к научным исследованиям, ненадежность информационного обеспечения, недостатки в механизмах, призванных обеспечить координацию, а также нехватку ресурсов.
2. Столкнувшись с этой ситуацией, государства-члены приняли концептуальный и организационный кодекс своих систем здравоохранения, известный под названием "Африканский сценарий развития здравоохранения", осуществление которого объединяет три уровня системы здравоохранения, а именно: район - периферийный уровень, провинция или регион - промежуточный уровень и центральный уровень. На этом основании после соответствующих обследований на каждом уровне системы здравоохранения Тематические дискуссии региональных комитетов успешно прошли по следующим темам: Оперативная поддержка первичной медико-санитарной помощи - роль района в ускорении обеспечения здоровья для всех африканцев (1987 г.); Техническая поддержка первичной медико-санитарной помощи - роль промежуточного уровня для ускорения обеспечения здоровья для всех африканцев (1988 г.); Стратегическая поддержка первичной медико-санитарной помощи - роль центрального уровня для ускорения обеспечения здоровья для всех африканцев (1989 г.).
3. Из проведенного таким образом анализа вытекает, что Африканский сценарий развития в три этапа содержит децентрализованные рамки управления, которые определяют центральный уровень стратегической и нормативной поддержки, промежуточный уровень технической поддержки и координации, а также местный уровень, являющийся действительно оперативным уровнем района. Поскольку практически все государства-члены находятся на линии старта в ускоренном обеспечении здоровья для всех к 2000 г., следует придать импульс процессу, одобренному Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1987 г. для всех государств-членов; на уровне Африканского региона рамки для развития здравоохранения представляют собой тот необходимый элемент, который через процесс управления устанавливает связь между структурами и учреждениями реального осуществления.

Рамки для развития здравоохранения

4. В соответствии с этим сценарием развитие здравоохранения представляет собой процесс создания здорового населения с целью социально-экономического взлета, что делает человека движущей силой и конечной целью любого развития. Любое развитие, включая развитие здравоохранения, требует непрерывных и постоянных действий на основе трех переменных, которыми являются ресурсы, технологии и управление, в связи с чем конечной целью нашей программы является использование наилучшим образом имеющихся ресурсов, независимо от уровня системы здравоохранения, для получения соответствующих технологий и выполнения медико-санитарных программ. Другими словами, наша региональная программа концептуально выглядит в виде трехмерной матрицы, выделяющей на каждом уровне непрерывное улучшение управления планируемой и программной деятельностью с помощью соответствующих технологий, приобретенных в рамках имеющихся ресурсов.
5. Людские, материальные и финансовые ресурсы варьируются в зависимости от уровня системы здравоохранения, но, независимо от уровня, эти ресурсы поступают, главным образом, из сектора здравоохранения, затем - из других секторов, связанных с сектором здравоохранения, и наконец, из общин. Что касается технологических вариантов, то они варьируются сложным образом от районного до центрального уровня, пройдя через провинциальный уровень. Иногда они являются неприспособленными.
6. Для того чтобы государства - члены ВОЗ в Регионе могли успешно начать действия в направлении достижения здоровья для всех, необходимо перевести существующие системы здравоохранения с посредственного уровня на превосходный. Руководитель, не имея возможности воздействовать ни на уровень, на котором он находится, ни на выделенные ресурсы, должен усилить систему управления, чтобы обеспечить эффективное развитие здравоохранения, увязав в то же время через процесс управления структуры и учреждения.

7. Именно таким образом структуры управления (комитет по развитию, группа по вопросам здравоохранения и комитет по вопросам здравоохранения или эквивалентные им органы на всех уровнях) обеспечивают в сотрудничестве с практическими учреждениями (центрами здравоохранения, пунктами здравоохранения, больницами) планирование, составление программ и бюджетов, тогда как практические учреждения занимаются вопросами осуществления, наблюдения и оценки при помощи этих структур. Оценочные доклады, представленные структурам этими учреждениями, будут служить основой для изменения программ.

Пятилетний план для Африканского региона

8. Во исполнение резолюций тридцать восьмой сессии Регионального комитета развитие систем здравоохранения в Регионе в течение следующих пяти лет (1990-1994 гг.) будет направлено на усиление управленческих возможностей стран посредством методов и процедур управления (1990-1992 гг.), поддержки управления с помощью подготовки кадров (1991-1993 гг.) и посредством оперативных исследований (1992-1994 гг.).

9. С учетом этих обстоятельств тридцать девятая сессия Регионального комитета запланировала Тематические дискуссии по следующим темам: Управление системами здравоохранения (1990 г.), Подготовка персонала здравоохранения (1991 г.) и Оперативные исследования (1992 г.). Речь идет об общем для всех стран Региона плане работы по управлению реальными программами, обращая особое внимание на организацию здравоохранения в общинах.

10. Через этот трехгодичный цикл управленческий цикл по отраслям будет применяться к приоритетным программам здравоохранения, определенным министерствами здравоохранения, а именно: охрана здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи, борьба с болезнями, снабжение питьевой водой и оздоровление окружающей среды.

11. В соответствии с уровнем системы здравоохранения управление будет оперативным на уровне района для деятельности в области здравоохранения в общинах, техническим для приоритетных программ на промежуточном уровне и стратегическим для национальных программ на центральном уровне. Тем не менее, для корректировки национальных задач по отношению к региональным приоритетам и для усиления партнерских отношений между работниками здравоохранения и их коллегами в других секторах, включая неправительственные организации с одной стороны, и представителей общин с другой, можно будет постепенно разработать программы "на заказ", неизменно в контексте управленческого цикла, уделяя основное внимание непрерывной подготовке кадров и оперативным исследованиям.

12. Действительно, разнообразная гамма видов деятельности по развитию здравоохранения, дополнительных к приоритетным видам деятельности, может появиться в зависимости от страны и уровня предпринимаемых действий - периферийного, промежуточного или центрального. В этом контексте вариант "на заказ" позволяет постепенно включить эти дополнительные виды деятельности, постоянство которых будет обеспечено благодаря процессу управления, который увязывает структуры и учреждения. Например, на уровне района, помимо медико-санитарной деятельности на основе общины, могут проводиться кампании начального медико-санитарного просвещения, программы реадaptации общин, кампании по оздоровлению среды обитания, программы поставок основных лекарственных средств и т.д. На уровне провинции, помимо приоритетных программ, в качестве варианта "на заказ" можно иметь, например, службы скорой медицинской помощи, программы основной хирургии, безопасность питания семьи, проекты оздоровления городов и т.д. Все эти виды деятельности могут предоставить возможность для усиления непрерывной подготовки кадров и оперативных исследований. И наконец, на центральном уровне в качестве примера варианта "на заказ" можно привести национальный фонд развития здравоохранения, участие университетов в развитии здравоохранения, подготовку к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения, фонд медицинского страхования и т.д.

13. Следует признать, что в Алма-Ате было предусмотрено все, за исключением непредвиденного, а именно пандемии СПИД с ее социальными ограничениями и экономического кризиса с его финансовыми ограничениями. Участие общин и многосекторное сотрудничество, предусмотренные в сценарии, позволят структурам и учреждениям осуществлять деятельность, направленную на преодоление этих экономических и социальных ограничений, которым должны противостоять государства-члены.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ БОРЬБЫ СО СПИД И ЕГО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ В СТРАНАХ АФРИКАНСКОГО РЕГИОНА

14. Быстрое распространение СПИД делает эту пандемию не только одной из самых серьезных проблем общественного здравоохранения, но и очень серьезной социально-экономической проблемой, особенно для Африканского региона. На уровне Региона определено семь основных направлений борьбы с этим бедствием. Ими являются: деятельность по борьбе и надзору; обеспечение безопасности переливания крови; сестринский уход и консультативная помощь; деятельность, ориентированная на группы риска среди молодежи; деятельность, ориентированная на группы риска среди женщин; деятельность, ориентированная на подвергающихся риску работников; и наконец, уход на дому.

15. СПИД начинает и заканчивает свое похоронное дело дома. Именно поэтому ориентация деятельности на общину, уход на дому при участии общин являются основой региональной программы. Таким образом, на уровне каждой страны представитель ВОЗ вместе с группой представителей страны выявит основные моменты для усиления участия общин в этой борьбе, начиная с дома. Действительно, здоровье начинается в каждом доме, в каждой семье, и именно в каждом доме будут происходить изменения в поведении, благоприятные для борьбы против СПИД.

16. Следует отметить, что среди упомянутых семи направлений три относятся к сектору здравоохранения: деятельность по борьбе и надзору, безопасность переливания крови, сестринский уход и консультативная помощь, однако технический вклад сектора здравоохранения не может достичь значительных результатов без сотрудничества с другими секторами. Поэтому сектор здравоохранения является открытым для сотрудничества по видам деятельности, ориентированным на группы риска среди молодежи, в которых примут участие, в частности, клубы, ассоциации и учреждения, предназначенные для молодежи. Подобно этому в видах деятельности, ориентированных на группы риска среди женщин, будут участвовать женские организации, а в деятельности, ориентированной на подвергающихся риску работников, будут участвовать на специальной основе все организации. Информация, просвещение и связь остаются цементирующей силой, которая связывает все семь основных направлений в целях борьбы со СПИД и его предупреждения. Информация, просвещение и связь действительно содействуют взаимодействию между этими семью основными направлениями и являются рычагом, позволяющим мобилизовать общины на преодоление таким образом социальных ограничений, вызванных пандемией СПИД.

17. Реорганизация и перестройка бюро ВОЗ в странах и субрегиональных группах направлены на оказание необходимой технической помощи странам через центры, соответствующие каждому направлению действий, которые следует развивать и ускорять на всех уровнях систем здравоохранения.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ БОРЬБЫ В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТРАН АФРИКАНСКОГО РЕГИОНА, ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ ФИНАНСОВЫМ КРИЗИСОМ

18. Финансовые вопросы сектора здравоохранения в Африке всегда вызвали справедливую озабоченность национальных органов и в определенной степени финансирующих организаций. По мнению многих людей, экономические проблемы бедных стран могут быть решены лишь с помощью вклада значительного количества денег. Однако если учесть суммы, израсходованные в области здравоохранения без каких-либо заметных изменений, то придется признать, что одних денег недостаточно.

19. В то время, когда экономический кризис ложится тяжелым бременем на страны Африканского региона, это в наибольшей степени отражается на социальных секторах и особенно на секторе здравоохранения. Для того чтобы противостоять этой ситуации, эти страны приняли новую стратегию, сценарий развития здравоохранения в три этапа, в котором основное внимание уделяется возможности не только управлять, но и брать на себя ответственность. Действительно, именно благодаря хорошему руководству в рамках программы, имеющей поддержку общины, можно достичь самообеспеченности в вопросах финансирования. Потребители услуг становятся также плательщиками. Было определено семь основных направлений для борьбы в секторе здравоохранения с экономическими ограничениями, вызванными финансовым кризисом. Ими являются: с одной стороны, в рамках технологического вклада сектора здравоохранения - стоимость медико-санитарных пособий, снабжение основными лекарственными средствами, документация и санитарная статистика, и с другой стороны, при поддержке других секторов - деятельность национального координационного комитета по вопросам здравоохранения, деятельность комитетов провинций по вопросам здравоохранения, деятельность комитетов по вопросам здравоохранения в районах, и наконец, оборотные средства для организации здравоохранения на местах при участии общин.

20. Семь упомянутых основных направлений связаны между собой процессом управления, который служит цементирующей силой и основывается на базовых видах деятельности – управлении, подготовке кадров и исследованиях, причем в совокупности они имеют тенденцию одновременно вовлекать как технологические вклады сектора здравоохранения, так и сотрудничество с другими секторами для преодоления экономических ограничений с помощью оборотных средств для организации здравоохранения в общинах. На этом основании Бамакская инициатива и система финансирования общин позволят осуществить на местах самостоятельное финансирование большинства видов деятельности в области здравоохранения.

21. Район является краеугольным камнем развития здравоохранения и именно тем местом, где отдельный человек, семья и община играют полноправную роль партнеров правительства, и на этом уровне группа по вопросам здравоохранения будет содействовать программам, обращаясь за оперативной поддержкой к комитету по развитию для планирования, составления программ и бюджетов, тогда как учреждения (центры здравоохранения) будут обращаться к комитету по здравоохранению для реального воплощения, наблюдения и оценки. Тот же процесс связи между структурами и учреждениями будет происходить на всех уровнях и будет включать последовательную поддержку: техническую – на промежуточном уровне для района, стратегическую – на центральном уровне для промежуточного и периферийного уровней.

22. В то время, когда весь мир вступает в последнее десятилетие XX века, для африканских государств здравоохранение является сектором, наиболее серьезно затронутым экономическим кризисом. Поэтому ориентация региональной программы особо подчеркивает виды деятельности по развитию здравоохранения на основе общин, которые будут надлежащим образом управляться и контролироваться руководящим комитетом по вопросам здравоохранения района и поддерживаться промежуточными и центральными уровнями системы здравоохранения. Мобилизация общины, жесткое управление имеющимися людскими, материальными и финансовыми ресурсами требуют участия каждого человека, каждой семьи и каждой общины. Таким же образом Специальный фонд здравоохранения для Африки, имеющий целью достичь коллективной самообеспеченности для преодоления экономических препятствий, является главным средством стратегии развития здравоохранения.

Группы ВОЗ/стран

23. Для успешного осуществления региональной программы Бюро представителя ВОЗ должно играть динамичную роль в технической поддержке. Поэтому следует обеспечить, чтобы бюро в странах представляли собой действительно прочные технические группы с обязанностью поддерживать представителя в его роли предпочитаемого правительством технического советника по вопросам социального развития и развития здравоохранения.

24. В целях соответствия концепции развития здравоохранения и для того, чтобы иметь возможность поддерживать усилия стран на уровне районов, каждая группа ВОЗ/стран состоит из ответственных за административную поддержку, первичную медико-санитарную помощь и улучшение управления, что даст ей возможность обеспечить эффективную поддержку управления, подготовки кадров и научных исследований в целях мобилизации для здравоохранения деятельности по развитию здравоохранения и наблюдения за ходом достижения здоровья для всех. В задачи этих групп будет входить также содействие деятельности, направленной на преодоление экономических и социальных ограничений.

25. Для положительного ответа на резолюцию AFR/RC39/R7, предлагающую Региональному директору привлекать граждан отдельных стран к осуществлению программ технического сотрудничества ВОЗ/стран, Региональный директор принял решение осуществлять наем граждан отдельных стран по специальному контракту на определенный срок службы, отбирая компетентные национальные кадры, которые могут выступать в качестве советников представителя ВОЗ в странах. Эта формула привлечения национальных кадров к работе ВОЗ в целях поддержки национальных систем здравоохранения придает новые масштабы деятельности в Регионе. В 70% стран эти группы уже образованы, и ведется работа по их укомплектованию.

26. Отныне бюро ВОЗ в странах должны стать тем особым местом, где финансирующие организации, а также международные организации, неправительственные организации и т.д. смогут найти всю необходимую техническую документацию и всю соответствующую информацию о странах, в том числе и научную информацию, поступающую из AFR0 и предназначенную для стран.

Межстрановые группы

27. Та же озабоченность в отношении поиска эффективности и стремления приблизить ВОЗ к директивным органам на всех уровнях стран привели к изменению межстрановых групп. Кроме того, озабоченность государств-членов, рассчитывающих на быстрое начало работы групп ВОЗ, привела к изменению внутренней структуры этих групп для более быстрого реагирования на сегодняшние проблемы, в частности проблемы СПИД и экономических ограничений.

28. Изменение структуры межстрановых групп ВОЗ превращает их в настоящие трамплины для оказания помощи странам в рамках борьбы против экономических ограничений, вызванных финансовым кризисом. Действительно, члены этих групп (экономисты, фармацевты, статистики) становятся руководителями разнообразных видов деятельности, относящихся к каждому направлению, упомянутому ранее для всех стран Региона.

29. В то же время на межстрановом уровне остаются группы, финансируемые ЮНФПА для охраны здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи, и группы, финансируемые программой борьбы со СПИД, которые будут заниматься, в частности, содействием деятельности по направлениям, определенным на региональном уровне, в отношении борьбы против этой эпидемии, а именно: эпидемиологический надзор, безопасность крови и продуктов крови, сестринский уход в рамках охраны здоровья семьи, а также информация, просвещение и связь для мобилизации в пользу молодых людей, женщин и работников, подвергающихся риску. Межстрановые группы будут придавать особое значение осуществлению Бамакской инициативы и самофинансированию деятельности в области здравоохранения. И наконец, они будут заниматься программой по основным лекарственным средствам, финансируемой из регулярного бюджета. Предполагается, что в конечном счете эти группы будут финансироваться проектами, имеющими внебюджетные средства. Эти группы, базирующиеся в Бамако, Буюмбуре и Хараре, отныне входят в сферу ответственности представителей ВОЗ в Мали, Бурунди и Зимбабве, что к тому же благоприятствует их интеграции в группы соответствующих стран.

II. ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЕ ГЛОБАЛЬНЫЙ ИНТЕРЕС РЕЗОЛЮЦИИ, ПРИНЯТЫЕ РЕГИОНАЛЬНЫМ КОМИТЕТОМ В ХОДЕ Сороковой сессии

AFR/RC40/R3 - Обсуждение резолюции 44/211 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций: оперативная деятельность в целях развития

30. После обсуждения резолюции 44/211 Региональный комитет выразил свое мнение в резолюции AFR/RC40/R3, которая подчеркивает, что только государства-члены несут ответственность за координацию внешней помощи, и что они несут главную ответственность за ее развитие и управление. Кроме того, в этой резолюции вновь подтверждается, что ВОЗ, являясь межправительственным специализированным учреждением, имеющим свой Устав и соответствующие полномочия и финансируемым государствами-членами, а также тесно сотрудничая с этими государствами-членами, должна стремиться сохранить свою независимость и поддерживать свое присутствие для того, чтобы еще более ускорить развитие здравоохранения, осуществляя это в духе тесного сотрудничества и согласия со всей системой Организации Объединенных Наций и другими двусторонними и многосторонними учреждениями, равно как и с неправительственными организациями. И наконец, резолюция предлагает Региональному директору обратить внимание Генерального директора на необходимость создать при участии Региона надлежащий механизм с целью углубленного изучения поднятого вопроса в связи с функционированием Организации в системе Организации Объединенных Наций.

AFR/RC40/R4 - Оптимальное использование ресурсов ВОЗ: изучение региональной политики в области программного бюджета

31. Региональный комитет одобрил выбор области управления в качестве приоритетной области действий на предстоящие годы. Изучив доклад Регионального директора об осуществлении региональной политики в отношении программного бюджета и проект программного бюджета на 1992-1993 гг., Региональный комитет с удовлетворением констатировал, что составление программного бюджета на период 1992-1993 гг. вписывается в региональную политику в отношении программного бюджета, в частности, в отношении определения приоритетов, и поблагодарил государства-члены и Регионального директора за конкретные меры, предпринятые в осуществление этой политики. Комитет предложил, с одной стороны, государствам-членам, в частности, усилить использование системы координации мероприятий по программе (AFROPOC) для оптимизации использования ресурсов ВОЗ, особенно в отношении деятельности по программам, и с другой стороны, Региональному директору, в частности, вновь изучить критерии и формулы, применяемые в течение 10 лет для определения взноса каждой страны, и принять в соответствии с этим необходимые меры.

AFR/RC40/R6 - Программа борьбы со СПИД¹

32. Эта резолюция отражает дискуссии, последовавшие за представлением Региональным директором программы борьбы со СПИД. Делегации с удовлетворением приняли доклад Регионального директора и региональной группы Глобальной программы борьбы со СПИД. Они также поблагодарили Генерального директора и Глобальную программу за предоставление необходимой поддержки и помощи борьбе со СПИД в целом и процессу децентрализации в частности. Делегации поздравили также друг друга с началом этого процесса, необходимого в нынешних усилиях для улучшения реакции во всем мире на эту пандемию.

33. Делегации неоднократно настаивали на необходимости более тесно увязать борьбу со СПИД с усилиями, предпринятыми в борьбе с другими передаваемыми половым путем болезнями, и напомнили, что в подавляющем большинстве случаев ВИЧ-инфекция в мире и в Африканском регионе в настоящее время передается половым путем. Все еще необходимы серьезные усилия для содействия распространению в Регионе более безопасной сексуальной практики. Предстоящие усилия должны быть особенно направлены на подростков и молодых людей, вступающих в активную сексуальную жизнь.

34. В ответ на вопросы, заданные делегатами в отношении эффективных лекарственных средств или вакцин против СПИД, директор Глобальной программы дал необходимые уточнения. Что касается кемрона, клинические исследования должны быть продолжены.

35. Было с удовлетворением отмечено, что определенное число стран уже начали децентрализовывать свои национальные программы на уровень провинций, а в некоторых случаях - на уровень районов. Учитывая глубокое воздействие СПИД на социальные аспекты в ряде стран, основное внимание уделяется необходимости преобразовать борьбу против этой болезни в многосекторные или надсекторные действия, в которых примут участие все секторы страны; в этом отношении осязаемые результаты дает участие общин в усилиях по мобилизации населения. Сегодня СПИД является социальной проблемой, очень серьезной в некоторых странах, и поэтому необходимо глобальное руководство, опирающееся на очень широкие основы во всех секторах и на всех уровнях общества, чтобы эффективно координировать действия в ответ на последствия пандемии.

III. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫЕ МОМЕНТЫ ОБСУЖДЕНИЯ ПРОГРАММНОГО БЮДЖЕТА ВО ВРЕМЯ СОРОКОВОЙ СЕССИИ РЕГИОНАЛЬНОГО КОМИТЕТА

36. Программный бюджет на 1992-1993 гг. был составлен с учетом осуществления сценария. Он учитывает децентрализацию административных органов для того, чтобы приблизиться к пользователям, и на этом основании его выполнение государствами-членами будет более эффективным, чем в прошлом, и ускоренным благодаря помощи представителя ВОЗ и его усиленной группы. На всех уровнях системы здравоохранения процесс управления будет укреплен с целью оптимального использования имеющихся ресурсов для приоритетных программ в Регионе, скорректированных с учетом национальных проблем.

37. Делегаты обсудили этот программный бюджет и согласились с нулевым ростом бюджета, хотя они и желали бы увеличения, учитывая экономическую ситуацию в странах Региона. Кроме того, были выражены пожелания в отношении восстановления инфраструктур здравоохранения, причем наиболее срочно это необходимо сделать в отношении банков крови, а также районных больниц. Что касается критериев, используемых для определения взноса каждой страны, Региональный комитет предложил Региональному директору создать комитет для их пересмотра, так как формуле определения взносов уже более 10 лет.

38. Что касается вопросов технического порядка, заданных делегатами, они относятся прежде всего к вакцинации, и в частности, к возможности включения в охват Расширенной программой иммунизации желтой лихорадки, менингококкового менингита и гепатита В, а также использования солнечной энергии для холодовой цепи. В условиях рисков, связанных со СПИД, директор

¹ Полный текст этой резолюции содержится в докладе сороковой сессии Регионального комитета, имеющемся в зале заседаний Исполнительного комитета.

Глобальной программы проинформировал делегатов о том, что использование инъекторов без игл для массовой вакцинации не представляет никакой опасности. Остается нерешенным один вопрос: когда будет готова вакцина против малярии?

39. После этой дискуссии делегаты сформулировали следующие рекомендации.

- На уровне стран

Нецелесообразно говорить о приоритетной программе, если страна не предусматривает ресурсов для ее выполнения. Например, малярия считалась приоритетной из всех приоритетов большинством стран, тогда как незначительное их число предусмотрели средства для борьбы с этой болезнью. При составлении бюджета необходимо выявить соответствия между приоритетами и выделением ресурсов.

- На региональном уровне

Региональный комитет предложил Региональному директору пересмотреть критерии и формулы, применяемые для определения взноса каждой страны, и затем принять соответствующие меры. Он одобрил проект программного бюджета Региона на 1992-1993 гг. и принял резолюцию, в которой Региональному директору предлагается передать этот документ Генеральному директору для изучения и включения в проект программного бюджета ВОЗ на период 1992-1993 гг.

40. Настоящий доклад будет неполным, если в нем не будут упомянуты следующие самые важные актуальные моменты.

1) Повторное распространение малярии. Из 103 млн. случаев заболеваний малярией, зарегистрированных во всем мире за год, 88 млн. находятся в странах, расположенных на юге Сахары, к тому же, при одном миллионе смертных случаев среди детей. Резистентность к хлорохину некоторых штаммов *Plasmodium falciparum* распространилась на запад, и в ряде стран Региона была отмечена резистентность *Anopheles gambiae* к ДДТ. Представляется очевидным, что малярия остается в Африке предметом большой озабоченности. Вследствие этого Региональное бюро обратило особое внимание на подготовку кадров и техническую поддержку национальным программам, цель которых - сократить до самого низкого возможного уровня смертность и заболеваемость от этой эндемии. Региональная стратегия основана на быстрой диагностике и раннем и надлежащем лечении случаев заболевания, химиопрофилактике беременных женщин и эпидемиологическом надзоре. Предусматриваются другие меры, связанные с окружающей средой и охраной здоровья человека. В Региональном бюро будет проведен ряд технических подготовительных совещаний к Всемирной конференции по малярии.

2) Туберкулез. Эта болезнь остается в государствах-членах серьезной проблемой общественно-го здравоохранения. Поэтому странам было предложено установить эпидемиологическую картину этой эндемии, систематизировать методы диагностики, прибегнув к бациллоскопии, стремиться сокращать контакты после лечения больных и, наконец, включить борьбу против этой эндемии в деятельность в рамках первичной медико-санитарной помощи на всех уровнях систем здравоохранения. Программы борьбы против туберкулеза на уровне стран являются настолько важными, что Региональный комитет предложил Региональному директору мобилизовать внебюджетные средства для этой цели.

3) Онхоцеркоз. В настоящее время происходит фаза передачи, в ходе которой требуется помощь ВОЗ для разработки планов на уровне стран, на которых ориентирована программа борьбы против онхоцеркоза в Западной Африке. Использование ивермектина на общинном уровне включено в деятельность по борьбе в пораженных районах.

4) Другие болезни. Региональное бюро предусматривает осуществить среди среднесрочных мер ликвидацию столбняка новорожденных, ликвидацию полиомиелита, включенную в глобальную инициативу, и особенно - ликвидацию к 1995 г. дракункулеза, в отношении которого национальные планы уже разработаны в шестнадцати странах Региона, пораженных этой болезнью.

Для осуществления этих мер Региональное бюро рассчитывает, более чем в прошлом, на международное сотрудничество и помощь со стороны штаб-квартиры.

= = =