



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ  
ШЕСТЬДЕСЯТ ПЯТАЯ СЕССИЯ

Вильнюс, Литва 14–17 сентября 2015 г.



## Отчеты о ходе работы



Рабочий документ



**Европейский региональный комитет**  
Шестьдесят пятая сессия

EUR/RC65/12

**Вильнюс, Литва, 14–17 сентября 2015 г.**

31 июля 2015 г.  
150501 г.

Пункт 5(j) предварительной повестки дня

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

## Отчеты о ходе работы

В настоящем документе представлены отчеты о ходе работы в следующих областях:

- A. Реализация Комплексного плана действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ на 2011–2015 гг. (резолюция EUR/RC61/R7) – итоговый отчет;
- B. Достижение связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития (резолюция EUR/RC57/R2);
- C. Выполнение резолюции "Стратегии изменения поведения людей и здоровье: роль систем здравоохранения" (EUR/RC58/R8);
- D. Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.) (резолюция EUR/RC59/R5);
- E. Стратегическое управление/руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ (резолюция EUR/RC58/R4).

## Содержание

	Стр.
A. Реализация Комплексного плана действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ на 2011–2015 гг. – итоговый отчет.....	1
Введение .....	1
Эпидемиологические тенденции .....	3
Финансирование вмешательств, направленных на решение проблемы ТБ и МЛУ-ТБ .....	4
Достижения и проблемы (в соответствии с областями вмешательств).....	5
Область вмешательств 1. Предотвращение развития случаев М/ШЛУ-ТБ .....	5
Область вмешательств 2. Расширение доступа к услугам тестирования на чувствительность к лекарственным средствам первого и второго ряда и к тестированию на ВИЧ-инфекцию среди больных ТБ .....	5
Область вмешательств 3. Расширение доступа к эффективному лечению всех форм лекарственно-устойчивого ТБ.....	6
Область вмешательств 4. Нарастивание масштабов противотуберкулезного инфекционного контроля.....	7
Область вмешательств 5. Укрепление эпиднадзора за лекарственно-устойчивым ТБ, включая учет и отчетность по данным о лекарственно-устойчивом ТБ, а также мониторинг результатов лечения .....	7
Область вмешательств 6. Расширение возможностей стран для наращивания масштабов лечения лекарственно-устойчивого ТБ, включая информационно-разъяснительную работу, развитие партнерства и рекомендации по вопросам формирования политики .....	8
Область вмешательств 7. Учет потребностей особых групп населения .....	11
Проект плана действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. ....	12
B. Отчет о ходе работы по достижению связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития .....	13
Цели 4 и 5: сокращение детской смертности и улучшение охраны материнства ....	13
Цель 6: борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями .....	14
ВИЧ/СПИД.....	14
Туберкулез.....	16
Забытые тропические болезни.....	17
Целевой ориентир 7С: к 2015 г. сократить вдвое долю населения, не имеющего постоянного доступа к безопасной питьевой воде и базовым санитарным удобствам .....	18
Целевой ориентир 8Е: в сотрудничестве с фармацевтическими компаниями обеспечивать доступность основных лекарственных средств в развивающихся странах .....	19
C. Ход выполнения резолюции "Стратегии изменения поведения людей и здоровье: роль систем здравоохранения" .....	20
Введение и общий контекст.....	20
Ход выполнения резолюции EUR/RC58/R8 за период с 2008 г. ....	22
Воздействие на более широкие детерминанты здоровья в рамках межсекторального сотрудничества.....	23
Подход к защите интересов здоровья и обеспечению благополучия на протяжении всей жизни .....	24
Укрепление общественного здравоохранения.....	24

Определение важнейших задач систем здравоохранения и повышение охвата населения вмешательствами по борьбе с НИЗ .....	26
Пищевые продукты и питание.....	27
Осуществление Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) .....	27
Вредное употребление алкоголя .....	28
Психическое здоровье .....	29
Оценка прогресса и обмен информацией .....	30
Предложение по дальнейшим действиям.....	31
D.    Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.).....	32
Введение и общие сведения.....	32
Анализ ситуации в Европейском регионе ВОЗ.....	33
Предпринятые действия и достигнутые успехи.....	35
Направление деятельности 1: оценка, укрепление и мониторинг основных национальных возможностей, согласно требованиям ММСП.....	35
Направление деятельности 2: усиление чувства сопричастности к процессу осуществления ММСП на высоком политическом уровне .....	36
Направление деятельности 3: обновление правовых и регламентирующих механизмов.....	36
Направление деятельности 4: расширение полномочий НК.....	37
Направление деятельности 5: повышение уровня осведомленности и информационно-разъяснительная работа за пределами сектора здравоохранения .....	37
Направление деятельности 6: обучение национальных кадров по вопросам создания, управления и поддержания возможностей, необходимых для полного соблюдения требований ММСП в стране.....	37
Направление деятельности 7: укрепление предписанных ММСП возможностей в пунктах въезда .....	38
Дальнейшие шаги.....	38
Выводы.....	40
E.    Стратегическое управление/руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ .....	41



## **А. Реализация Комплексного плана действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ на 2011–2015 гг. – итоговый отчет**

### **Введение**

1. В Европейском регионе ВОЗ тяжесть бремени туберкулеза (ТБ) различается в разных странах – от одного случая ТБ на 100 000 населения в некоторых государствах-членах до 160 случаев ТБ на 100 000 населения в других странах. Даже внутри стран уровень заболеваемости ТБ значительно различается. К тому же, примерно 99% случаев заболеваемости туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (М/ШЛУ-ТБ) зарегистрированы в 18 странах высокого приоритета по ТБ, которые находятся в восточной части Региона<sup>1</sup>.
2. В ответ на рост проблемы М/ШЛУ ТБ в Европейском регионе ВОЗ и для расширения комплексных ответных мер, а также для профилактики и контроля М/ШЛУ-ТБ был разработан Комплексный план действий на 2011–2015 гг. для всех 53 государств-членов и партнеров. Комплексный план действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ на 2011–2015 гг. был утвержден на шестьдесят первой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в Баку, Азербайджан, 15 сентября 2011 г. (резолюция EUR/RC61/R7). В Комплексном плане действий, который был разработан в ходе масштабных консультаций с государствами-членами, организациями гражданского общества, техническими и двусторонними агентствами и сообществами, поставлены смелые цели по выявлению более чем 85% от расчетного числа больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и успешному лечению, по крайней мере, 75% таких пациентов для контроля над этой эпидемией.
3. В резолюции EUR/R61/R7 Региональный комитет обратился к Региональному директору с просьбой проводить оценку прогресса в деле профилактики и борьбы с М/ШЛУ-ТБ на региональном уровне каждые два года, начиная с 2013 г., и представлять соответствующие отчеты о результатах этих оценок Региональному комитету.
4. После утверждения Комплексного плана действий Европейским региональным комитетом в сентябре 2011 г. Секретариат расширил предоставление технической помощи государствам-членам в разных сферах профилактики, контроля и ухода за пациентами с ТБ, ТБ/ВИЧ и М/ШЛУ-ТБ. Под эгидой Специального представителя Регионального директора по М/ШЛУ-ТБ и путем внутриорганизационного сотрудничества с Отделом систем здравоохранения и охраны общественного здоровья были определены барьеры в

---

<sup>1</sup>18 стран высокого приоритета: Азербайджан, Армения, Беларусь, Болгария, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина и Эстония.

системах здравоохранения, а государства-члены получили и продолжают получать поддержку для реформирования своих услуг, чтобы повысить их эффективность и обеспечить равный доступ к высококачественным услугам в соответствии со стратегией Здоровье-2020. Большинство ключевых мероприятий, которые должны были быть реализованы государствами-членами, Секретариатом и партнерами в семи областях вмешательств Комплексного плана действий, были осуществлены.

5. К основным достижениям можно отнести повышение уровня диагностирования случаев МЛУ-ТБ с менее чем одной трети расчетного числа случаев в 2011 г., до половины случаев в 2013 г. (последнем отчетном году<sup>2</sup>) и увеличение охвата лечением зарегистрированных случаев с 63% в 2011 г. до всеобщего охвата в 2013 г. Кроме того, была достигнута Цель развития тысячелетия 6 – обратить вспять заболеваемость ТБ; в Европейском регионе ВОЗ уровень заболеваемости ТБ снижался в среднем на 4,5% в год, а это самые быстрые темпы снижения уровня заболеваемости ТБ во всех регионах ВОЗ. После начала осуществления Комплексного плана действий показатель заболеваемости МЛУ-ТБ среди пациентов, ранее получавших лечение, также снизился и установился на уровне 48% в 2013 г.

6. Несмотря на достигнутый прогресс, в области контроля над ТБ до сих пор остается несколько ключевых проблем. Продолжается передача МЛУ-ТБ, поскольку наблюдается рост числа новых случаев МЛУ-ТБ. В Регионе становится все сложнее лечить ТБ в связи с растущей устойчивостью штаммов; уровень успешности лечения остается низким и не отличается от глобального уровня (менее 50% случаев МЛУ-ТБ успешно излечены). ТБ является одной из основных причин смертности среди людей, живущих с ВИЧ, и уровень заболеваемости этого смертельного сочетания инфекций в Регионе растет. Уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ вырос с 3,4% в 2008 г. до 7,8% в 2013 г.

7. С целью преодоления этих проблем и обеспечения дальнейшего прогресса в области контроля и ухода в связи с ТБ и МЛУ-ТБ в Регионе в настоящее время глобальную стратегию "Положить конец туберкулезу"<sup>3</sup> адаптируют к региональным условиям и разрабатывают план действий в отношении туберкулеза для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. Целью плана действий в связи с ТБ является решение проблем и обеспечение дальнейшего прогресса в деле осуществления Комплексного плана действий.

---

<sup>2</sup> Просьба обратить внимание на то, что данные эпиднадзора за ТБ собираются в течение года, а затем анализируются в следующем за ним году. Иными словами, данные, использованные в этом отчете о ходе работы (январь 2015 г.), относятся к случаям, зарегистрированным в 2013 г. Благодаря этому страны могут проверить точность своих данных и определить, какими были результаты лечения для больных, которые впервые получили лечение, и для тех, которые уже получали лечение ранее.

<sup>3</sup> Проект глобальной стратегии и цели в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 г. ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_11-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_11-ru.pdf), по состоянию на 30 июля 2015 г.).

## **Эпидемиологические тенденции**

8. По оценочным данным, в 2013 г. в Европейском регионе ВОЗ заболеваемость ТБ составляла 360 000 случаев (39 случаев на 100 000 населения), из них было зарегистрировано 297 500 новых случаев и рецидивов заболевания; уровень выявления случаев ТБ в Регионе составил 83% – это самый высокий уровень выявления случаев ТБ в мире.
9. Географическое распределение бремени ТБ в Регионе не изменилось после утверждения Комплексного плана действий; 85% случаев ТБ в Регионе зарегистрированы в 18 странах высокого приоритета<sup>14</sup>. Несмотря на постоянное снижение уровня смертности в течение последних 10 лет, по оценочным данным, в 2013 г. в Регионе произошло 38 000 смертей в связи с ТБ (4,1 случая смерти на 100 000 населения).
10. В 2013 г. в Регионе были выявлены 17 096 (81,4%) случаев ТБ с сочетанной инфекцией ВИЧ (оценочное число составляло 21 000 случаев). Почти одна пятая случаев заболевания ТБ/ВИЧ не были выявлены в связи с тем, что всего 68% пациентов с ТБ в Регионе были охвачены тестированием на ВИЧ. В период с 2009 по 2013 годы было отмечено незначительное снижение охвата антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов с ТБ – с 60% в 2009 г. до 54% в 2013 г.
11. В 2013 г. была выявлена почти половина (47,3%) случаев МЛУ-ТБ из 75 000 предполагаемых случаев. По сравнению с 2009 г. было выявлено на 40% больше случаев МЛУ-ТБ, в основном благодаря значительному увеличению охвата тестированием на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) (в 2009 г. 30% всех пациентов с ТБ проходили тестирование на чувствительность к лекарственным средствам первого ряда, а в 2013 г. – почти 90%).
12. В 2013 г. произошло существенное увеличение охвата лечением МЛУ-ТБ лекарственными препаратами второго ряда (в 2009 г. 63% охвата, а в 2013 г. – всеобщий охват). В некоторых странах число пациентов, включенных в программы лечения, превысило общее число зарегистрированных случаев МЛУ, поскольку пациенты, которые были занесены в списки ожидания в прошлые годы, были также включены в программы лечения. В целом, в программы лечения МЛУ-ТБ были включены 46 710 пациентов с ТБ, из них у 45 147 пациентов был подтвержден диагноз МЛУ-ТБ.
13. Несмотря на значительные достижения в сфере выявления МЛУ-ТБ и охвата лечением, доля МЛУ-ТБ среди новых случаев ТБ выросла с 12% в 2009 г. до 18% в 2013 г., что свидетельствует о продолжающейся передаче МЛУ-ТБ. Однако доля МЛУ-ТБ среди пациентов, ранее получавших лечение, стабилизировалась, начиная с 2011 г.

---

<sup>14</sup> См. сноску 1.

## **Финансирование вмешательств, направленных на решение проблемы ТБ и МЛУ-ТБ**

14. Несколько государств-членов обратились в Региональное бюро с просьбой о получении технической помощи для пересмотра их финансовых механизмов, а также поддержки в выделении бюджетных средств на вмешательства по профилактике и контролю ТБ для повышения эффективности программ, и получили необходимую помощь. Вопросы финансирования систем здравоохранения также были включены в задачи миссий по проверке национальных противотуберкулезных программ. Секретариат предоставил государствам-членам с высоким бременем МЛУ-ТБ рекомендации по увеличению местных ресурсов и привлечению международного финансирования для контроля над ТБ и М/ШЛУ-ТБ, в частности, при сотрудничестве с Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд).

15. Тщательные обзоры программ, совместно проведенные Региональным бюро и Европейским центром профилактики и контроля заболеваний (ECDC) в некоторых странах Европейского союза, показали, что достигнутый ранее прогресс может оказаться под угрозой в результате финансового кризиса и сокращения бюджета. К тому же, адекватное финансирование контроля над ТБ и ухода в связи с ТБ является основной проблемой для многих государств-членов, которые более не получают финансирования от Глобального фонда, например, Балтийских государств и Российской Федерации.

16. Региональное бюро помогало странам, имеющим право на финансирование, подавать заявки в Глобальный фонд и другим донорам. Кроме того, в 2014–2015 гг. Региональное бюро предоставило значительную техническую помощь в процессе составления и представления региональной заявки в Глобальный фонд для получения финансирования с целью изменения системы здравоохранения в сфере ТБ и финансирования реформ для расширения контроля над МЛУ-ТБ (TB-REP) в 11 странах Восточной Европы и Центральной Азии<sup>5</sup>. В соответствии со стратегией Здоровье-2020, в этом предложении предусмотрено создание национальных межсекторальных комитетов при управлениях премьер-министров, в состав которых должны входить представители министерств здравоохранения, юстиции, внутренних дел и социальной политики.

---

<sup>5</sup> Одиннадцать стран, имеющих право на финансирование, получающих грант Глобального фонда: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина. Основным реципиентом является Центр PAS в Молдове; Европейское региональное бюро ВОЗ является субреципиентом и будет сотрудничать с Лондонской школой гигиены и тропической медицины, Лондонской школой экономики и политических наук, Европейским респираторным обществом и Высшей школой общественного здравоохранения Казахстана. Решение Глобального фонда о предоставлении грантов будет принято в ближайшее время.

## ***Достижения и проблемы (в соответствии с областями вмешательства)***

### **Область вмешательств 1. Предотвращение развития случаев М/ШЛУ-ТБ**

17. Региональное бюро и другие партнеры в сотрудничестве с государствами-членами провели оценку причин ухода пациентов из программ лечения в некоторых учреждениях. Социальные детерминанты были включены в систему эпиднадзора за лекарственной устойчивостью. Инструмент для оценки систем здравоохранения в сфере ТБ/МЛУ-ТБ был разработан и внедрен в нескольких государствах-членах (Армении, Республике Молдова, Туркменистане и Узбекистане) с целью документирования ключевых проблем шести структурных компонентов систем здравоохранения, и для предоставления рекомендаций о мерах по предотвращению возникновения ТБ с лекарственной устойчивостью и расширения эффективного лечения.

18. С целью улучшения распространения знаний и опыта в разных странах и для оказания поддержки в улучшении подхода систем здравоохранения в 2013 г. Секретариат запустил инициативу по сбору примеров лучшей практики по профилактике, контролю и уходу в связи с М/ШЛУ-ТБ. После оценки избранные примеры лучшей практики были опубликованы в сборнике.

19. Первичную передачу форм заболевания с лекарственной устойчивостью связывают с ненадлежащим лечением и неудовлетворительными механизмами поддержки пациентов. Впрочем, эти условия до сих пор преобладают в ряде государств-членов, включая некоторые страны Европейского союза. В некоторых государствах-членах проводится необоснованная госпитализация пациентов, что, при отсутствии соответствующих мер инфекционного контроля над инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, может привести к внутрибольничному заражению формами ТБ с лекарственной устойчивостью. Амбулаторные медицинские службы и другие модели медицинского ухода, включая лечение на дому, не работают в полной мере в некоторых государствах-членах. Также отсутствуют фактические данные об эффективном профилактическом лечении для лиц, которые контактировали с пациентами с М/ШЛУ-ТБ.

### **Область вмешательств 2. Расширение доступа к услугам тестирования на чувствительность к лекарственным средствам первого и второго ряда и к тестированию на ВИЧ-инфекцию среди больных ТБ**

20. Региональное бюро учредило Европейскую лабораторную инициативу по ТБ (ЕЛИ), а также предоставило государствам-членам техническую поддержку в сфере расширения диагностического потенциала и внедрения экспресс-тестирования для молекулярной диагностики ТБ и МЛУ-ТБ. Региональное бюро и другие партнеры также предоставили техническую поддержку по проведению совместных мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ.

21. Алгоритм диагностики был разработан с использованием новых доступных диагностических средств, таких как GeneXpert MTB/RIF. В Армении и Грузии с

2014 г. проводилась экспертная оценка этого алгоритма, и после окончательного утверждения он будет предложен для широкого использования в 2015 г.

22. Уровень активного выявления ТБ у людей, живущих с ВИЧ, остается недостаточным (68% всех пациентов с ТБ охвачены тестированием на ВИЧ). Уровень тестирования на лекарственную устойчивость к препаратам второго ряда среди пациентов с МЛУ-ТБ также остается низким; однако охват тестированием увеличился после осуществления Комплексного плана действий (в 2009 году 31% пациентов прошли тестирование, а в 2013 г. – уже 51% пациентов).

### **Область вмешательств 3. Расширение доступа к эффективному лечению всех форм лекарственно-устойчивого ТБ**

23. Региональное бюро оказало государствам-членам поддержку в приведении их национальных планов действий по борьбе с МЛУ-ТБ и ТБ в соответствие с Комплексным планом действий.

24. После начала осуществления Комплексного плана действий в государствах-членах значительно вырос уровень доступа к противотуберкулезным препаратам второго ряда для лечения пациентов с МЛУ-ТБ – с 63% до всеобщего охвата ( $\geq 100\%$ )<sup>6</sup>. Хотя показатель успешности лечения в когорте МЛУ-ТБ в некоторых странах достиг целевых 75%, общий показатель успешности лечения в Регионе составляет 46%. Это вызвано в основном растущей лекарственной устойчивостью штаммов МЛУ-ТБ и отсутствием доступных препаратов третьего ряда во многих странах, в связи с тем, что регистрация препаратов требует утверждения с соблюдением определенных условий<sup>7</sup>. Некоторые государства-члены с низким уровнем заболеваемости ТБ сталкиваются с проблемами в связи с утратой опыта работы в данной сфере, из-за чего наблюдаются длительные задержки в процессе диагностики, неадекватное ведение пациентов и неудовлетворительное последующее наблюдение за пациентами.

25. Секретариат расширил свою сеть экспертов после учреждения регионального Комитета зеленого света, который предоставляет самую современную техническую поддержку по клиническим и административным вопросам, связанным с МЛУ-ТБ, и ЕЛИИ для повышения качества ускорения диагностики. Кроме того, Региональное бюро и Европейское респираторное общество учредили электронный консилиум по клиническому ведению пациентов со сложными случаями заболевания для предоставления консультаций практикующим врачам (на английском и русском языках).

26. Новые лекарственные препараты для лечения МЛУ-ТБ (бедаквилин и деламаид) в настоящее время также внедряются в государствах-членах, и Региональное бюро предоставляет техническую поддержку по вопросам их безопасного и рационального использования и проведению фармаконадзора.

---

<sup>6</sup> В 2012 и 2013 гг. показатель охвата пациентов лечением превышал 100% в связи с тем, что выявленные на протяжении предыдущих лет пациенты с МЛУ-ТБ оставались в списках ожидания для дальнейшего включения в программу лечения МЛУ-ТБ.

<sup>7</sup> В основном препараты второго ряда используют для лечения МЛУ-ТБ, а препараты третьего ряда для лечения ШЛУ-ТБ.

Секретариат провел региональный семинар по фармакологическому надзору в Дании в октябре 2013 г., а также страновой обучающий семинар по внедрению бедаквилина в Казахстане в сентябре 2014 г. Кроме того, в марте 2015 г. был проведен вебинар с целью обучения представителей разных стран по вопросам надлежащих условий использования новых препаратов и клинического сопровождения принимающих их пациентов.

#### **Область вмешательств 4. Нарращивание масштабов противотуберкулезного инфекционного контроля**

27. Региональное бюро и другие партнеры предоставили государствам-членам техническую поддержку по окончательной доработке их национальных планов действий по инфекционному контролю над ТБ, которые должны быть интегрированы либо в их национальные планы по борьбе с ТБ, либо в их национальные стратегии здравоохранения. Региональное бюро разработало набор ключевых спецификаций для закупок оборудования с целью проведения инфекционного контроля над ТБ. Обновленные оценки инфекционного контроля над ТБ также были проведены в ключевых странах, и институциональные барьеры были зафиксированы документально<sup>8</sup>.

28. Секретариат оказывал поддержку государствам-членам в совершенствовании инфекционного контроля над инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, в медицинских учреждениях и местах большого скопления людей. Однако в некоторых государствах-членах масштаб этих мероприятий пока не был расширен в связи с отсутствием мер административного и экологического контроля, а также мер по индивидуальной респираторной защите. Поэтому в медицинских учреждениях и местах скопления людей продолжается дальнейшее распространение ТБ и лекарственно-устойчивого ТБ.

29. Некоторые государства-члены депортируют мигрантов с ТБ, не учитывая связанных с этим вопросов прав человека и общественного здравоохранения или не принимая необходимых мер инфекционного контроля.

#### **Область вмешательств 5. Укрепление эпиднадзора за лекарственно-устойчивым ТБ, включая учет и отчетность по данным о лекарственно-устойчивом ТБ, а также мониторинг результатов лечения**

30. Секретариат продолжил совместную работу со штаб-квартирой ВОЗ и ECDC по сбору данных и публикации годового отчета по эпиднадзору и мониторингу<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Оценки были проведены в Азербайджане, Армении, Беларуси, Грузии, Казахстане, Республике Молдова и Украине.

<sup>9</sup> European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2015. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2015 г. (<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2015.pdf>, accessed 29 July 2015).

31. Региональное бюро подготовило механизм мониторинга дальнейшей деятельности по реализации целей Берлинской декларации по туберкулезу<sup>10</sup> и путем консультации с партнерами и провело обучение и практическую подготовку, а также предоставило техническую поддержку государствам-членам для улучшения мониторинга, оценки и использования данных в целях совершенствования программной деятельности.
32. Региональное бюро оказало поддержку нескольким государствам-членам в проведении общенациональных обследований для оценки лекарственной устойчивости на протяжении всего периода осуществления Комплексного плана действий<sup>11</sup>.
33. Региональное бюро и ECDC проводили ежегодные совещания национальных координаторов по эпиднадзору за ТБ с целью координации эпиднадзора в Регионе, а также внедрения и совершенствования новых определений, стандартов и критериев ВОЗ.
34. По состоянию на 2013 г. 47 государств-членов сообщили о всеобщем охвате электронными базами данных для эпиднадзора за случаями ТБ как неотъемлемой части электронного здравоохранения как для пациентов с лекарственно-чувствительной формой ТБ, так и для пациентов с МЛУ-ТБ. Некоторые государства-члены до сих пор не предоставили данные о мониторинге результатов лечения, а также о тестировании и выявлении ВИЧ, и, таким образом, упускают возможность документально зафиксировать эффективность своих вмешательств по контролю над ТБ.
35. В 2013–2014 гг. были проведены национальные оценки систем эпиднадзора с целью анализа стандартных критериев и базовых показателей, а также в связи с требованиями подачи страновых заявок в рамках нового механизма финансирования Глобального фонда.

**Область вмешательств 6. Расширение возможностей стран для наращивания масштабов лечения лекарственно-устойчивого ТБ, включая информационно-разъяснительную работу, развитие партнерства и рекомендации по вопросам формирования политики**

36. С 2011 по 2015 гг. по просьбе министров здравоохранения из 12 стран с высоким бременем МЛУ-ТБ и пяти стран с низким уровнем заболеваемости ТБ, Секретариат провел тщательные обзоры программ и предоставил рекомендации по улучшению услуг в связи с ТБ.
37. Региональное бюро также разрабатывало инструмент для оценки системы стратегического руководства в области борьбы с ТБ и оказало поддержку

---

<sup>10</sup> Берлинская декларация по туберкулезу. Европейский министерский форум ВОЗ: "Все против туберкулеза"; 22 октября 2007 г. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/68187/E90833R.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/68187/E90833R.pdf?ua=1), по состоянию на 30 июля 2015 г.).

<sup>11</sup> Обследования для оценки лекарственной устойчивости были проведены в Азербайджане, Беларуси, Болгарии, Туркменистане и Украине.

нескольким государствам-членам в улучшении структуры их национальных программ<sup>12</sup>.

38. Несколько технических рабочих групп по вопросам Комплексного плана действий, действующих под руководством Секретариата, рассмотрели фактические данные и примеры практической работы с 2013 по 2015 гг. и выпустили ряд ключевых публикаций, включая публикации по детскому ТБ<sup>13</sup>, роли хирургических методов в лечении ТБ<sup>14</sup> и ТБ в тюрьмах<sup>15</sup>.

39. В 2013–2014 гг. Региональное бюро провело исследование практических методов работы систем поставки и управления запасами противотуберкулезных препаратов в 13 странах с высоким бременем МЛУ-ТБ<sup>16</sup>. Основная задача исследования включала сбор комплексных данных по управлению закупками и поставками в странах высокого приоритета МЛУ-ТБ в Регионе как основы для предоставления дальнейшей технической поддержки.

40. Региональное бюро при сотрудничестве с ECDC и Фондом по борьбе с туберкулезом KNCV организовало в мае 2013 г. в Гааге, Нидерланды, совещание руководителей национальных программ по борьбе с ТБ для обсуждения прогресса, достигнутого в реализации национальных и региональных планов действий, включая Комплексный план действий. Второе совещание будет проведено с 27 по 29 мая 2015 г., в том числе с целью обсуждения и утверждения проекта Плана действий по борьбе с ТБ в Европейском регионе на 2016–2020 гг.

41. Региональный директор учредила Региональный сотрудничающий комитет по контролю и лечению ТБ при поддержке Секретариата. Комитет содействует вовлечению организаций гражданского общества, бывших пациентов и представителей сообщества в процесс выработки политики, обзора страновых программ, а также разработки и реализации национальных планов по борьбе с М/ШЛУ-ТБ.

42. В целях расширения возможностей государств-членов по использованию своих данных для разработки и предоставления услуг, в период с 2013 по 2015 гг. Секретариат в сотрудничестве со Специальной программой по научным исследованиям и подготовке специалистов в области тропических болезней

---

<sup>12</sup>Техническая поддержка по вопросам стратегического руководства была оказана Венгрии, Грузии, Кыргызстану, Латвии, Нидерландам, Таджикистану и Узбекистану.

<sup>13</sup> Acosta CD, Rusovich V, Harries AD, Ahmedov S, van den Boom M, Masoud D. A new roadmap for childhood tuberculosis. *Lancet Glob Health*. 2014 г.; 2(1):e15–e17. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70153-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70153-0).

<sup>14</sup> Surgery in the treatment of pulmonary TB and M/XDR-TB. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/259691/The-role-of-surgery-in-the-treatment-of-pulmonary-TB-and-multidrug-and-extensively-drug-resistant-TB.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/259691/The-role-of-surgery-in-the-treatment-of-pulmonary-TB-and-multidrug-and-extensively-drug-resistant-TB.pdf), accessed 29 July 2015).

<sup>15</sup> Dara M, Acosta C, Vinkeles Melchers NVS, Al-Darraj HAA, Chorgoliani D, Reyes H et al. Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. *Intl J of Infectious Diseases*. 2015 г.;32:111–117. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2014.12.029>.

<sup>16</sup> Procurement and supply management report for the WHO European Region, high MDR-TB priority countries, 2013 (2015) [website] ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/270920/ProcurementMgmtRep\\_highMDRTB\\_PriorityCountries2013.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/270920/ProcurementMgmtRep_highMDRTB_PriorityCountries2013.pdf?ua=1)).

проводил обучающие семинары и оказывал поддержку ученым в странах в области окончательного оформления и публикации докладов по итогам исследований в международных рецензируемых научных журналах<sup>17</sup>.

43. Региональное бюро предоставило государствам-членам рекомендации в рамках процесса пересмотра рамочных документов по вопросам этики и прав человека в связи с ТБ. В октябре 2013 г. в Копенгагене был проведен региональный семинар и организованы последующие миссии по оценке национального законодательства и подзаконных актов, регулирующих вопросы принудительной изоляции и лечения больных ТБ, а программы испытательного использования новых противотуберкулезных препаратов лечения тяжелобольных пациентов были проведены в пяти странах в течение 2014–2015 гг.<sup>18</sup>.

44. Секретариат привлекал представителей гражданского общества к участию во всех региональных совещаниях и тщательных обзорах программ. Региональное бюро оказало поддержку Европейской коалиции по борьбе с ТБ и другим организациям гражданского общества и привлекло их к участию в процессе планирования и реализации вмешательств.

45. Представители Регионального бюро посетили несколько слушаний Европейского парламента и выступили там с презентациями по вопросам ТБ и МЛУ-ТБ. Региональное бюро также организовало выставку фотографий "Лица туберкулеза" в Европейском парламенте 20 марта 2013 г.

46. Региональное бюро организовало мероприятие высокого уровня, приуроченное к Всемирному дню борьбы против ТБ 24 марта 2014 г. Экспертная группа высокого уровня обсудила прогресс в решении проблем и следующие шаги в деле профилактики, ухода и контроля в связи с ТБ в Европейском регионе ВОЗ в целях содействия дальнейшей работе в Регионе в контексте глобальной стратегии "Положить конец туберкулезу" на период после 2015 г.

47. Секретариат выступил организатором, а также оказал поддержку и обеспечил технический вклад в проведение первой Министерской конференции Восточного партнерства по борьбе с туберкулезом и туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью высокого уровня, которая проходила в Риге, Латвия, 30–31 марта 2015 г. в рамках председательства Латвии в Совете Европейского союза. Конференция позволила объединить успехи, достигнутые в разных частях Европейского союза и соседних стран, чтобы совместно работать над достижением общей цели по элиминации ТБ.

48. В нескольких государствах-членах национальные программы управляются неэффективно, и местное финансирование является недостаточным. Несмотря на несколько исключений, лишь в немногих государствах-членах организации

---

<sup>17</sup> Tuberculosis and drug-resistant tuberculosis in Eastern Europe: operational research from the SORT IT Programme, 2012–2014. Public Health Action, Volume 4, Supplement 2, 21 Oktober 2014 [website] (<http://ingentaconnect.com/content/iuatld/pha/2014/00000004/a00202s2;jsessionid=2s48319eetp51.alice>).

<sup>18</sup> Миссии по вопросам этики и прав человека были проведены в Азербайджане, Армении, Грузии, Республике Молдова и Украине.

гражданского общества вовлечены в борьбу с ТБ. Более того, во многих государствах-членах паллиативная помощь для пациентов с ТБ недоступна.

## **Область вмешательства 7. Учет потребностей особых групп населения**

49. Региональное бюро и другие партнеры предоставили государствам-членам поддержку в проведении обзора их национальных стратегий в области ТБ/ВИЧ для обеспечения потребностей особых групп населения, а также в обновлении их руководств и инструкций по охране здоровья в тюрьмах для включения в них методических рекомендаций по борьбе с ТБ в тюрьмах. Однако в большинстве стран отсутствует должным образом функционирующий механизм координации лечения ТБ и ВИЧ-инфекции, который необходим для содействия предоставлению интегрированных услуг в связи с ТБ/ВИЧ (а также в связи с потреблением наркотических средств/услуг наркологической помощи).

50. Секретариат обеспечил государствам-членам техническую поддержку для улучшения координации между тюремными и гражданскими медицинскими службами. Методические рекомендации и стратегические документы были разработаны и распространены среди государств-членов через сеть "Здоровье в тюрьмах". Кроме того, в 2014 г. в Азербайджане был учрежден Сотрудничающий центр ВОЗ по борьбе с туберкулезом в местах лишения свободы при сотрудничестве с министерствами здравоохранения и юстиции. Несмотря на эти усилия, до сих пор имеются пробелы в координации между гражданскими и пенитенциарными службами.

51. Региональное бюро учредило рабочую группу по борьбе с детским ТБ для определения и учета существующих практик в отношении ТБ у детей, а также для адаптации международных рекомендаций к условиям Европейского региона ВОЗ. В большинстве государств-членов отсутствуют квалифицированные кадровые ресурсы области профилактики и борьбы с ТБ у детей.

52. Региональное бюро завершило разработку и опубликовало документ "Минимальный пакет вмешательств для трансграничного контроля и помощи при ТБ в Европейском регионе ВОЗ: Вольфхезское консенсусное заявление" ("Minimum package for cross-border TB control and care in the WHO European region: a Wolfheze consensus statement")<sup>19</sup>.

53. Существует острая необходимость проведения исследований и разработки новых препаратов и вакцин для борьбы с ТБ и М/ШЛУ-ТБ. Региональное бюро оказывает поддержку государствам-членам во внедрении бедаквилина и деламанида в качестве новых противотуберкулезных препаратов с определенными условиями использования и с уделением особого внимания фармаконадзору. В других регионах продолжаются испытания вакцин.

---

<sup>19</sup> Dara M, de Colombani P, Petrova-Benedict R, Centis R, Zellweger JP, Sandgren A, et al. Minimum package for cross-border TB control and care in the WHO European Region: a Wolfheze consensus statement. *Eur Respir J.* 2012;40(5):1081–1090. doi:10.1183/09031936.00053012.

### ***Проект плана действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг.***

54. После утверждения Стратегии по борьбе с ТБ на период после 2015 г. на Шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2014 г.<sup>20</sup>, Региональное бюро адаптирует глобальную стратегию к региональному контексту. Секретариат подготовил проект плана действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона на 2016–2020 гг. (документ EUR/RC65/17). В проекте плана действий учтены уроки, полученные в 7 областях вмешательств Комплексного плана действий, которые применимы в странах высокого приоритета, а также странах с низким уровнем заболеваемости ТБ. Кроме того, этот план согласован со стратегией Здоровье-2020, Рамочным планом действий ECDC по борьбе с туберкулезом на территории Европейского союза<sup>21</sup>, а также рамочной программой ВОЗ и Европейского респираторного общества по элиминации туберкулеза в странах с низким уровнем заболеваемости<sup>22</sup>.

55. Проект плана действий будет представлен на рассмотрение участников шестьдесят пятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2015 г.

= = =

---

<sup>20</sup> См. сноску 3.

<sup>21</sup> Framework Action Plan to fight tuberculosis in the European Union. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2008 ([http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0803\\_SPR\\_TB\\_Action\\_plan.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0803_SPR_TB_Action_plan.pdf), accessed 29 July 2015).

<sup>22</sup> Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/tb/publications/elimination\\_framework/en/](http://www.who.int/tb/publications/elimination_framework/en/)).

## **В. Отчет о ходе работы по достижению связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития**

1. В настоящем отчете кратко представлен прогресс в области достижения в Европейском регионе ВОЗ связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития (ЦТР) и выполнения конкретных соответствующих целевых ориентиров (резолюция EUR/RC57/R2). В прошлое десятилетие имел место значительный прогресс в области достижения связанных со здоровьем ЦТР, включающий беспрецедентное сокращение уровней детской смертности и остановку роста эпидемий ВИЧ-инфекции/СПИДа, малярии и туберкулеза. Однако данный прогресс не был равномерным.

### ***Цели 4 и 5: сокращение детской смертности и улучшение охраны материнства***

2. Показатели смертности как среди младенцев, так и среди детей в возрасте до 5 лет в Европейском регионе стабильно сокращались, при этом как внутри стран, так и между ними сохранялись разительные несправедливые различия. Средний показатель смертности среди детей в возрасте до 5 лет сократился с 32 на 1000 живорожденных в 1990 г. до 12 на 1000 живорожденных в 2010 г. Таким образом, достигнуто снижение показателя почти на две трети, что очень близко к значению целевого ориентира на 2015 г. – 11 случаев смерти на 1000 живорожденных. Средний региональный показатель младенческой смертности уменьшился с 26 на 1000 живорожденных в 1990 г. до 10 на 1000 живорожденных в 2009 г. В 2009 г. 11 стран достигли целевого ориентира ЦТР 4А.

3. Недоношенность, низкая масса тела при рождении, врожденные аномалии, асфиксия новорожденных, родовые травмы и инфекции у новорожденных относятся к ведущим причинам неонатальной смертности; острые респираторные инфекции, диарейные болезни, неинфекционные заболевания и травматизм относятся к ведущим причинам постнеонатальной смертности в Европейском регионе.

4. Средний показатель материнской смертности в Европейском регионе сократился с 42 на 100 000 живорожденных в 1990 г. до 17 на 100 000 живорожденных в 2013 г. Несмотря на достигнутый прогресс, среднее сокращение показателя на 3,8% не позволяет достичь целевого ориентира ЦТР 5А, установленного на уровне 5,5%. В странах Центральной Азии и Кавказа в годовом исчислении это сокращение было еще меньшим (2,5%). Внутри стран, равно как и между ними существуют огромные различия в значениях данного показателя. Средний показатель материнской смертности в странах Европейского союза сохраняется на низком уровне; однако анализ данных о разных социальных группах внутри стран демонстрирует различия в значениях этого показателя, в связи с чем был разработан ряд адресных вмешательств.

5. Во многих странах отсутствуют надежные и сопоставимые данные о распространенности использования контрацептивных средств, неудовлетворенных потребностях в услугах по планированию семьи и уровне рождаемости среди девочек-подростков (показатели целевого ориентира ЦТР 5В). Вызывают тревогу низкие показатели использования современных и

эффективных методов контрацепции во многих странах Восточной Европы и Центральной Азии, которые зачастую находятся на уровне показателей наименее развитых стран. В странах Восточной Европы отмечаются самые высокие в мире показатели уровня аборт; в некоторых странах препятствия для доступа к услугам безопасного прерывания беременности приводят к использованию небезопасных методов, что становится причиной материнской заболеваемости и даже смертности.

6. Европейское региональное бюро ВОЗ поддерживает включение вопросов охраны здоровья матери и ребенка в меры национальной политики, реализуемые в рамках работы систем здравоохранения, и акцентирует внимание на необходимости обеспечения социально справедливого доступа к качественным услугам. Документ "Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг.", утвержденный резолюцией EUR/RC64/R6, принятой на шестьдесят четвертой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в 2014 г., поощряет применение подхода, учитывающего все этапы жизни, который признает, что здоровье и заболеваемость во взрослом возрасте уходят корнями в здоровье и опыт, приобретенные на более ранних этапах жизни.

7. Поддержка также оказывается в таких сферах, как обучение без отрыва от основной работы медицинского персонала и ключевых лиц, ответственных за выработку политики, с целью повышения качества оказываемой помощи. Научно обоснованные методологические инструменты, разработанные ВОЗ совместно с партнерами, адаптируются к национальным условиям и используются для проведения подобного обучения, а также в рамках оказания технической помощи. Также предоставляется поддержка в области пересмотра учебных программ для работников здравоохранения. Кроме того, ВОЗ поощряет и поддерживает разработку научно обоснованных клинических руководств и оказывает странам (в основном в восточной части Региона) прямую техническую поддержку в этой области. Помимо этого, вместе с другими партнерами и учреждениями в системе ООН ВОЗ разрабатывает инструменты для повышения организационно-кадрового потенциала в целях сокращения несправедливых различий в достижении целей 4 и 5, с особым акцентом на представителей народности рома.

## ***Цель 6: борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями***

### **ВИЧ/СПИД**

8. Европейский регион сталкивается со значительными трудностями на пути выполнения целевых ориентиров, связанных с ВИЧ/СПИДом. В 2013 г. в Регионе было зарегистрировано более 136 000 новых случаев ВИЧ-инфекции; соответственно, коэффициент заболеваемости за 2013 г. составляет 15,7 на 100 000 населения, а суммарное число случаев ВИЧ-инфекции, диагностированных с момента начала регистрации, возрастает до 1,7 миллиона. Это означает 80-процентное увеличение числа новых случаев ВИЧ-инфекции по сравнению с 2004 г., когда было диагностировано почти 76 000 новых случаев. Бросается в глаза различие между ситуацией в Европейском регионе и других регионах ВОЗ, где в целом отмечается ежегодное снижение числа новых случаев ВИЧ-инфекции.

9. В 2013 г. было зарегистрировано в общей сложности 15 789 новых случаев СПИДа, а это означает, что коэффициент заболеваемости был равен 2,2 случая на 100 000 населения, при этом число случаев в Восточной Европе и Центральной Азии (11 292 случая) значительно превышало аналогичный показатель в Западной и Центральной Европе (3606 и 891 случай соответственно). Все страны Восточной Европы и Центральной Азии сообщали об увеличении числа диагностированных случаев СПИДа; при этом в 2013 г. их число выросло в три раза по сравнению с 2004 г. В Западной Европе число новых диагностированных случаев СПИДа сократилось на 60%.

10. Тестирование на ВИЧ, проводимое на базе сообществ, получает все большее применение и распространение в западной части Региона, но до сих пор остается проблемным направлением в странах, расположенных в его восточной части. Общее увеличение числа людей, прошедших тестирование в Европейском регионе, не свидетельствует об улучшении охвата тестированием тех лиц, которые больше всего в нем нуждаются, так как тест на ВИЧ прошли только 53% представителей ключевых уязвимых групп населения, что значительно ниже европейского целевого показателя, который в 2015 г. должен составить 90%. Процент случаев ВИЧ-инфекции, диагностированных на поздней стадии, также оставался высоким – 49% в 2013 г., при этом он не снизился в сравнении с показателем 2010 г.

11. Страны в Европейском регионе добились значительного прогресса в обеспечении лечения и ухода пациентам с ВИЧ-инфекцией, в том числе в совершенствовании тестирования и консультирования, лабораторного мониторинга и предоставления услуг. Антиретровирусная терапия (АРТ) стала более доступной в восточной части Региона: в 2012 г. АРТ получали на 70 000 человек больше, чем в 2010 г., соответственно, показатель охвата вырос с 23% до 35%; однако этого совершенно недостаточно для того, чтобы выполнить европейский целевой ориентир по обеспечению охвата – 80% к 2015 г. В западной части Региона наблюдаются высокие показатели охвата АРТ: в 2012 г. АРТ получали 460 000 человек, а большинство западноевропейских стран либо уже выполнили целевой ориентир по охвату, либо в плановом порядке продвигаются в этом направлении.

12. Сокращение передачи ВИЧ от матери ребенку является одним из успешных примеров в сфере борьбы с ВИЧ/СПИДом в Европе. В 2012 г. на этот путь передачи приходился всего лишь 1% новых случаев; с 2010 г. число детей, инфицированных ВИЧ этим путем, сократилось на 10%, при этом 75% случаев передачи вируса от матери ребенку было зарегистрировано в восточной части Региона. В 2011 г. в европейских странах отмечались самые высокие в мире показатели охвата АРТ ВИЧ-инфицированных беременных женщин (более 95%).

13. Еще многое предстоит сделать для того, чтобы остановить и обратить вспять распространение ВИЧ/СПИДа. После того, как в 2011 г. Региональный комитет принял Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг. (резолюция EUR/RC61/R8), Региональное бюро работает над его реализацией, преодолевая трудности в процессе борьбы с эпидемией и содействуя осуществлению вмешательств в приоритетных областях. Государствам-членам оказывается поддержка и техническая помощь в области принятия основанных на фактических данных мер лечения и профилактики ВИЧ-инфекции, в особенности среди ключевых групп населения, а также в области реализации программ и

вмешательств по снижению вреда с целью профилактики передачи ВИЧ половым путем в рамках национальных планов борьбы со СПИДом.

## Туберкулез

14. Целевой ориентир по прекращению роста распространенности туберкулеза (ТБ) и связанной с ним смертности и обращению вспять тенденций заболеваемости был лишь частично выполнен в Регионе. В 2013 г. коэффициенты заболеваемости и распространенности ТБ, согласно оценкам, составляли 39 и 51 случай на 100 000 населения соответственно. Коэффициент заболеваемости ТБ сокращается в среднем на 4,5% в год, а коэффициент распространенности должен достичь значения, установленного целевым ориентиром, т.е. сокращение на 50% по сравнению с базовым уровнем 1990 г. Согласно оценкам, в 2013 г. показатель смертности от ТБ составлял 4,1 случая смерти на 100 000 населения. Несмотря на постоянное снижение расчетного показателя смертности на протяжении последних нескольких лет, Регион не сможет в плановом порядке вдвое сократить уровень смертности к 2015 г., как того требует целевой ориентир.

15. Показатель бремени ТБ в Европейском регионе колеблется в широком диапазоне как внутри стран, так и между ними: от одного случая на 100 000 населения в некоторых государствах-членах до более 160 случаев на 100 000 в других. Даже внутри стран имеет место значительный разброс показателей: к примеру, в некоторых районах и столицах западноевропейских стран уровни распространенности ТБ превышают 100 случаев на 100 000 населения. Основное бремя заболеваемости лежит на 18 наиболее приоритетных с точки зрения борьбы с ТБ странах: на них приходится 85% случаев ТБ и 99% всех случаев ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). В 2013 г. было выявлено 47,3% от общего числа случаев МЛУ-ТБ, которое, согласно оценкам, составляло 75 000. Распространенность МЛУ-ТБ среди новых случаев ТБ в Регионе составляла 16,9%, в то время как распространенность среди ранее леченных случаев ТБ равнялась 48%. Хотя сочетанная инфекция ТБ-ВИЧ в Европейском регионе распространена меньше, чем в ряде других регионов ВОЗ, в последнее время наблюдается рост распространенности ВИЧ-инфекции среди больных ТБ, при этом в процентном отношении этот показатель вырос с 3,4% в 2008 г. до 7,8% в 2013 г.

16. В 2013 г. Регион достиг всеобщего охвата противотуберкулезной терапией с использованием препаратов первого и второго ряда. Однако при этом показатель успешности лечения для новых случаев и рецидивов ТБ, а также для случаев МЛУ-ТБ продолжает снижаться и уже упал до 76% и 46% соответственно.

17. Вместе с национальными и международными партнерами и организациями гражданского общества Европейское региональное бюро ВОЗ работает над реализацией Комплексного плана действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ на 2011–2015 гг., утвержденного резолюцией EUR/RC61/R7 Регионального комитета, которая предполагает оказание поддержки государствам-членам в принятии и осуществлении научно обоснованных вмешательств, призванных повысить эффективность мер в области профилактики и борьбы с ТБ, МЛУ-ТБ и ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ). Почти все страны с высоким бременем МЛУ-ТБ подготовили и завершили процесс доработки своих национальных планов

действий в отношении МЛУ-ТБ, согласующихся с региональным планом действий.

18. Региональное бюро продолжает оказывать техническую помощь государствам-членам в области мониторинга и оценки национальных вмешательств и повышения эффективности обеспечения противотуберкулезными препаратами, инфекционного контроля, взаимодействия в рамках лабораторных сетей, лечения сочетанной инфекции ТБ-ВИЧ, информационно-разъяснительной работы и коммуникации, клинического ведения больных, системы учета и отчетности, межсекторального взаимодействия, воздействия на социальные детерминанты ТБ и внедрения подходов, ориентированных на нужды людей, чтобы тем самым обеспечить всеобщий доступ к лечению ТБ в соответствии с положениями политики Здоровье-2020.

19. Региональным бюро были учреждены Европейский комитет зеленого света, оказывающий техническую помощь по клиническим и административным вопросам, связанным с проведением лечения МЛУ-ТБ, с учетом последних научных достижений, и Европейская лабораторная инициатива, направленная на повышение качества и ускорение диагностики. В декабре 2012 г. для оптимизации партнерских взаимоотношений и координации действий был учрежден Региональный сотрудничающий комитет по контролю и лечению туберкулеза. В сотрудничестве с Европейским респираторным обществом была создана система "электронного консилиума", с тем чтобы помочь медицинским работникам улучшить ведение трудноизлечимых больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ. В настоящее время данная система проходит тестирование для использования для трансграничного контроля и оказания помощи при ТБ.

20. Консорциум, в состав которого входят Центр PAS (Центр политики и исследований в здравоохранении, Республика Молдова), Региональное бюро и другие партнеры, обратился за поддержкой к Глобальному фонду для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией с целью повышения эффективности работы по укреплению систем здравоохранения посредством реализации регионального проекта в Восточной Европе и Центральной Азии, направленного на реформу финансирования и преобразование систем здравоохранения, который также будет включать деятельность по борьбе с ТБ и МЛУ-ТБ в 11 целевых странах в период с 2015 по 2018 год.

21. Работая во взаимодействии с государствами-членами и партнерскими организациями, а также руководствуясь положениями Глобальной стратегии в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 г., которая была утверждена резолюцией WHA67.1, принятой на Шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, Региональное бюро готовит новый план действий в отношении ТБ на 2016–2020 гг., который будет представлен на рассмотрение Регионального комитета в сентябре 2015 г. Новый план действий в отношении ТБ охватывает семь областей вмешательств, изложенных в нынешнем плане действий в отношении М/ШЛУ-ТБ на 2011–2015 гг.; он также согласован с положениями политики Здоровье-2020.

### **Забывтые тропические болезни**

22. Комары *Aedes albopictus*, являющиеся переносчиками лихорадки денге, быстро распространились более чем в 25 странах Региона. Соответственно, в Европу после 55-летнего перерыва вернулась угроза вспышек лихорадки денге.

Поступали сведения о случаях местной передачи инфекции, зарегистрированных в Хорватии и Франции в 2010 г., и о выявлении завозных случаев в еще нескольких европейских странах. Вспышка денге на острове Мадейра (Португалия) в 2012 г. привела к возникновению более чем 2200 случаев заболевания и завозу инфекции в 17 других стран Европейского региона. Региональная рамочная программа по эпиднадзору и борьбе с инвазивными видами комаров-переносчиков и возвращающимися трансмиссивными болезнями, утвержденная резолюцией EUR/RC63/R6 Регионального комитета, используется в качестве рамочной основы для принятия мер в помощь государствам-членам.

***Целевой ориентир 7С: к 2015 г. сократить вдвое долю населения, не имеющего постоянного доступа к безопасной питьевой воде и базовым санитарным удобствам***

23. По состоянию на 2012 г., большинство населения Региона имело доступ к "улучшенным" источникам питьевой воды (98%) и санитарным удобствам (93%), в соответствии с требованием Совместной программы ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу в области водоснабжения и санитарии. Однако эти цифры маскируют значительные разрывы и различия внутри стран и между ними, а также между городским и сельским населением и между социальными группами с высоким и низким уровнем доходов. Прогресс в области обеспечения безопасного водоснабжения и санитарии в Регионе замедлился.

24. Европейский регион не сможет в плановом порядке выполнить целевой ориентир 7С в части обеспечения санитарии, поскольку 67 миллионов жителей Региона не имеют доступа к должным образом функционирующим туалетам и средствам безопасной утилизации человеческих фекалий. Регион выполнил целевой ориентир 7С в части обеспечения доступа к питьевой воде; однако при этом около 100 миллионов человек до сих пор не имеют доступа к водопроводной питьевой воде в своих жилищах, и более 6 миллионов человек все еще используют открытые водоемы в качестве основного источника водоснабжения, что подвергает их здоровью серьезным рискам. Жители Региона обладают в значительной степени неравными возможностями доступа к питьевой воде и санитарному обслуживанию; в наиболее неблагоприятных условиях находятся люди, живущие в сельской местности, и малоимущие слои населения. Например, свыше 71% сельского населения в странах Кавказа и Центральной Азии живет в домах, не подключенных к водопроводной системе, тогда как в городах в подобных неблагоприятных условиях находится лишь 14% населения.

25. Основным инструментом политики в этой области – Протокол по проблемам воды и здоровья – был ратифицирован 26 европейскими странами, в которых проживает 60% населения Региона. Согласно положениям данного Протокола, ВОЗ вместе со своими партнерами оказывает поддержку государствам-членам в установлении национальных стратегических целевых ориентиров в области снижения распространенности болезней, связанных с водой, укрепления системы безопасного водоснабжения и санитарного обслуживания, в частности в сельской местности, создания затратоэффективных систем надзора за качеством воды и решения проблемы неравного доступа к водоснабжению.

**Целевой ориентир 8Е: в сотрудничестве с фармацевтическими компаниями обеспечивать доступность основных лекарственных средств в развивающихся странах**

26. Значительный процент расходов в бюджетах здравоохранения многих европейских стран приходится на закупку медицинских препаратов. Хотя большинство стран имеют доступ к основным лекарственным средствам, обеспечение доступности лекарств продолжает оставаться трудной задачей для некоторых стран, в частности стран Содружества Независимых Государств. Региональное бюро поддерживает разработку мер национальной политики, содействующих равному доступу к основным лекарственным средствам и решающих эту задачу как со стороны предложения, так и со стороны спроса. На фоне давления, которое неблагоприятные экономические факторы оказывают на бюджеты здравоохранения во всех странах, доступ к лекарственным средствам подвергается все большей опасности в связи с проблемой их ценовой недоступности. Хотя вопросы ценообразования и возмещения расходов на лекарственные средства главным образом находятся в ведении государств-членов, ВОЗ рекомендует странам пользоваться прозрачными методами и механизмами для оценки терапевтических преимуществ лекарственных средства и принятия обоснованных и подкрепленных фактами решений. Установление справедливых цен на лекарственные препараты и обеспечение устойчивости систем оказания медицинской помощи в долгосрочной перспективе является одной из наиболее сложных задач для систем здравоохранения и фармацевтических систем в Европе и во всем мире.

= = =

## **С. Ход выполнения резолюции "Стратегии изменения поведения людей и здоровье: роль систем здравоохранения"**

### ***Введение и общий контекст***

1. Европейский региональный комитет ВОЗ (РК) на своей 58-й сессии в Тбилиси (Грузия) принял резолюцию EUR/RC58/R8, в которой содержится призыв к государствам-членам продолжать совместную работу в рамках стратегии Европейского регионального бюро ВОЗ по сотрудничеству со странами и намечен ряд областей для действий как государств-членов, так и Регионального директора. Незадолго до РК-58 был опубликован заключительный доклад Глобальной комиссии по социальным детерминантам здоровья<sup>1</sup>, а в Таллинне (Эстония) 25–27 июня 2008 г. была проведена Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения "Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние" (см. документ EUR/RC65/8).

2. Министерская конференция по системам здравоохранения, принятие Таллиннской хартии "Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния"<sup>2</sup> и ее последующее утверждение на РК-58 в сентябре 2008 г. (резолюция EUR/RC58/R4) явились прямым ответом на растущие свидетельства о том, что инвестирование в системы здравоохранения не только ценно само по себе, но и вносит прямой вклад в улучшение показателей здоровья и материального благосостояния населения, что, в свою очередь, содействует социальному благополучию и стабильности.

3. Опираясь на итоги работы Глобальной комиссии по социальным детерминантам здоровья, проделанной в 2008 г., и действуя в условиях финансово-экономического кризиса и растущих неравенств в отношении здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ разработало новую, конкретизированную с учетом современных условий, политику здравоохранения, которая была единодушно принята на РК-62 в 2012 г (резолюция EUR/RC62/R4). Целью этой новой Европейской политики здравоохранения Здоровье-2020<sup>3</sup> является значительное улучшение показателей здоровья и повышение уровня благополучия населения, сокращение неравенств в отношении здоровья, укрепление общественного здравоохранения и развитие устойчивых систем здравоохранения, ориентированных на человека.

---

<sup>1</sup> Комиссия по социальным детерминантам здоровья. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 ([http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/ru/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/ru/), по состоянию на 31 июля 2015 г.).

<sup>2</sup> Таллиннская хартия "Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния". Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>, по состоянию на 31 июля 2015 г.).

<sup>3</sup> Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, по состоянию на 31 июля 2015 г.).

4. При разработке политики Здоровье-2020 использовались материалы заключительного доклада об обзоре социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ<sup>4</sup>, который содержит свод фактических данных о неравенствах в отношении здоровья в Регионе за период предшествующих 35 лет. Расширяя понятие изменения индивидуального поведения, которое превалировало в течение прошлых десятилетий, политика Здоровье-2020 предлагает обратить внимание на "причины причин" и приводит широкий круг значимых вмешательств для воздействия на детерминанты неудовлетворительного состояния здоровья. В политике приведен механизм укрепления взаимоусиливающего межсекторального сотрудничества в условиях общегосударственного подхода и участия всего общества: например, между секторами образования и здравоохранения – в деле профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ), между секторами социальных дел и здравоохранения – в целях социальной защиты наиболее уязвимых слоев общества.

5. Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья показывает, что жизнестойкость определяется в большей степени историческими и социальными процессами, нежели внутренними характеристиками отдельных индивидуумов. Люди, сообщества, среда пребывания и организационные структуры устойчивы к негативным внешним воздействиям при наличии надлежащих условий, таких как поддерживающая среда, включая надлежащее управление в местных структурах, обеспечение доступа к ресурсам и оказание поддержки поставщикам услуг на местном уровне<sup>5</sup>. Потенциал стойкости, однако, может быть подорван в результате неадекватных действий, политики и/или профессиональных практик.

6. В прошлом программные рекомендации были чаще сосредоточены на индивидуальном поведении, то есть на ближайших (проксимальных) причинных факторах, а также на конкретных группах, семьях или отдельных лицах, нежели чем на отдаленных (дистальных) факторах, которые коренятся в политике, экономике, коммерческих интересах и истории. Этот процесс получил название "сдвиг образа жизни" (lifestyle drift)<sup>5</sup>.

7. В обзоре социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья подчеркивается важность правильной трактовки таких понятий, как "социальное отчуждение (исключение)" (exclusion), "уязвимость" (vulnerability) и "неблагоприятные условия" (disadvantage) как динамичных многоаспектных исторических и социальных процессов, а не просто признаков индивидуального состояния. Эти процессы можно понимать как находящиеся под влиянием "действующих сил" (actors) на локальном, национальном, общенациональном и региональном уровнях. Различные типы исключения и уязвимости

---

<sup>4</sup> Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад (обновленный повторный тираж). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region-final-report>, по состоянию на 31 июля 2015 г.).

<sup>5</sup> Popay J, Whitehead M, Hunter DJ. Injustice is killing people on a large scale – but what is to be done about it? J Public Health (Oxf). 2010 Jun;32(2):148-9. doi:10.1093/pubmed/fdq029.

взаимодействуют и взаимосвязаны, приобретая разнообразные экологические, институциональные, экономические и социальные формы. Они создают неравенства в отношении возможностей влияния и доступа к ресурсам, что приводит к тому, что у людей имеются неодинаковые возможности для улучшения своих жизненных шансов и они в разной степени подвержены воздействию неблагоприятных внешних факторов. Эффективные действия, направленные на такие процессы, требуют обязательного участия, в качестве активных приверженцев перемен, тех людей и групп, которые в наибольшей мере подвержены негативным влияниям<sup>5</sup>.

8. В современном глобализованном мире достигнут прогресс по таким направлениям, как содействие укреплению здоровья людей; совершенствование систем здравоохранения; улучшение здоровья детей и подростков; развитие политики в области пищевых продуктов и питания, а также окружающей среды и здоровья; решение проблем общественного здравоохранения, связанных с употреблением табака (резолюция WHA56.1) и вредного употребления алкоголя (резолюция WHA58.26). Важность борьбы с НИЗ и политическая приверженность в этой сфере повысилась после 2008 г., и в настоящее время имеются хорошие возможности для межсекторального взаимодействия в области профилактики НИЗ. Итогом Первой всемирной министерской конференции по вопросам здорового образа жизни и борьбы с неинфекционными заболеваниями, которая состоялась в апреле 2011 г. в Российской Федерации, стало принятие Московской декларации, которая впоследствии была утверждена участниками Шестидесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (резолюция WHA64.11). В сентябре 2011 г., приняв резолюцию EUR/RC61/R3, РК-61 утвердил План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. (документ EUR/RC61/12).

9. В сентябре 2011 г. в Нью-Йорке состоялось совещание высокого уровня Организации Объединенных Наций, итогом которого стало принятие Политической декларации совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. В мае 2013 г. участники Шестидесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения утвердили Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. и приняли комплексную глобальную систему мониторинга, включающую девять добровольных глобальных целей и 25 показателей (резолюция WHA66.10). В июле 2014 г. совещание высокого уровня Генеральной ассамблеи ООН постановило провести всесторонний обзор и оценку прогресса, достигнутого в профилактике и борьбе с НИЗ.

### ***Ход выполнения резолюции EUR/RC58/R8 за период с 2008 г.***

10. В настоящем отчете освещена работа, проведенная государствами-членами при поддержке со стороны Регионального бюро, по выполнению положений резолюции EUR/RC58/R8 с учетом описанного выше стремительного развития общей ситуации. Приведены примеры прогресса в осуществлении стратегий и программ, передачи информации и обмена идеями в различных областях.

## **Воздействие на более широкие детерминанты здоровья в рамках межсекторального сотрудничества**

11. Принятие политики Здоровье-2020 и публикация обзора социальных детерминант здоровья привели к значительному прогрессу в деле укрепления здоровья в масштабе всего Региона (см. также резолюцию Исполнительного комитета EB117/R9, на основе которой в 2007 г. была принята резолюция WHA60.24 о содействии укреплению здоровья в глобализованном мире). Резолюция EUR/RC58/R8, опираясь на положения Алма-Атинской декларации, Оттавской хартии укрепления здоровья и Бангкокской хартии укрепления здоровья в глобализованном мире, выдвинула стратегические направления работы по повышению уровня социальной справедливости в отношении здоровья в течение первых десятилетий XXI века и в то же время подтвердила важность решения вопросов, связанных с более широкими детерминантами здоровья.

12. Политика Здоровье-2020 имеет актуальное значение для осуществления общегосударственного подхода и воплощения принципа участия всех сфер общества. Она предусматривает действия и достижение целей далеко за пределами сектора здравоохранения, предлагая министерствам здравоохранения активно выходить на контакты и сотрудничество с другими министерствами, департаментами, секторами, организациями, заинтересованными сторонами и структурами гражданского общества. В ней также предлагается, чтобы государственные органы задействовали в этой работе граждан, пациентов и потребителей услуг. Находится в процессе подготовки механизм действий, в котором отражены стратегические приоритеты для межсекторального взаимодействия в таких областях, как здравоохранение и внешняя политика в целях укрепления межведомственного сотрудничества; политика здравоохранения, образования, социального обеспечения и трудоустройства населения в целях воздействия на социальные детерминанты, создания благоприятных условий для раннего детского развития, повышения уровня грамотности в вопросах здоровья и расширения прав и возможностей людей на протяжении всей жизни; а также здоровье, окружающая среда и транспорт<sup>6</sup>. Растущее число государств-членов Региона проявляют интерес к обмену опытом в области более широких государственных вмешательств на местном (субнациональном) и национальном уровнях.

13. Прогресс в достижении целей политики Здоровье-2020 потребует реализации стратегий в четырех областях: инвестирование в здоровье на всем протяжении жизни человека и расширение прав и возможностей граждан; сокращение бремени неинфекционных и инфекционных болезней в Европе; укрепление социально-ориентированных систем здравоохранения и потенциала охраны общественного здоровья, включая обеспечение готовности и потенциала реагирования при чрезвычайных ситуациях; создание благоприятной среды и

---

<sup>6</sup> Развитие межсекторального взаимодействия в интересах здоровья и благополучия в Европейском регионе ВОЗ. Здоровье – это политический выбор (документ EUR/RC65/16). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015.

повышение устойчивости местных сообществ к негативным внешним воздействиям<sup>7</sup>.

### **Подход к защите интересов здоровья и обеспечению благополучия на протяжении всей жизни**

14. В ходе осуществления политики Здоровье-2020 предполагается уделять первоочередное внимание защите интересов здоровья на протяжении всей жизни и расширению прав и возможностей людей для принятия решений, в частности в целях поддержания улучшенного охвата детей иммунизацией, содействия развитию в раннем детском возрасте и реализации масштабных партнерских инициатив в отношении здоровья детей и окружающей среды<sup>8</sup>.

15. В Европейском регионе есть страны с самым низким в мире уровнем младенческой и детской смертности и страны, где эти показатели в 25 раз выше. Травмы, психические расстройства, употребление табака и алкоголя, ожирение и нарушения питания являются причинами преждевременной смертности среди подростков или вызывают болезни в более старшем возрасте. Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков на 2015–2020 гг., содержащаяся в документе EUR/RC64/12 и утвержденная резолюцией РК-64 EUR/RC64/R6 в 2014 г., строится на фундаментальных принципах политики Здоровье-2020, включая содействие развитию прочных партнерств и межсекторального сотрудничества.

16. Политика Здоровье-2020 также содержит положения о профилактике жестокого обращения с детьми, которое рассматривается как нарушение прав человека и фактор, определяющий будущие показатели здоровья и благополучия. Одним из путей решения этой проблемы являются национальные оценочные исследования и составление систематических обзоров объективных данных. Также предусмотрено укрепление работы по вопросам здорового старения на основе итогов 25 лет реализации Европейской программы ВОЗ "Здоровые города" и разработки межсекторальных ресурсов и инструментов для создания в Европе "средовых условий, благоприятных для всех возрастных групп"<sup>8</sup>.

### **Укрепление общественного здравоохранения**

17. В 2012 г. РК-62 утвердил Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения, содержащийся в документе EUR/RC62/12 Rev.1 (резолюция EUR/RC62/R5), и поддержал 10 пересмотренных основных оперативных функций общественного здравоохранения и соответствующих направлений действий для государств-членов, Регионального бюро и партнеров на период с 2012 по 2020 гг. В процессе подготовки Европейского плана действий Региональное бюро провело оценку услуг

---

<sup>7</sup> Итоговый доклад о ходе реализации положений Таллиннской хартии – резюме (EUR/RC65/8). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015.

<sup>8</sup> Реализация политики Здоровье-2020: 2012–2014 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (EUR/RC64/8 Rev.2; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc648-rev.-2-implementing-health-2020-20122014>, по состоянию на 31 июля 2015 г.).

общественного здравоохранения более чем в 20 европейских странах, был выполнен обзор потенциала общественного здравоохранения в Европейском союзе, осуществлены дополнительные исследования методов и инструментов политики для охраны общественного здоровья, а также краткий анализ ("моментальный снимок") организационных моделей для обеспечения основных оперативных функций общественного здравоохранения.

18. Страны могут адаптировать эти оперативные функции к своим условиям под руководством и при поддержке со стороны ВОЗ, проводя оценку ситуации и планируя меры укрепления услуг и потенциала общественного здравоохранения. Общее стратегическое видение, содержащееся в плане действий, – всемерно и согласованно способствовать улучшению показателей здоровья и благополучия путем укрепления комплексных услуг общественного здравоохранения и сокращения масштабов неравенств.

19. План действий предоставляет возможности для развития по следующим направлениям: обновление приверженности Европейского региона делу наращивания и укрепления потенциала и услуг охраны общественного здоровья; воздействие на социальные детерминанты здоровья и сокращение несправедливых различий по показателям здоровья; развитие дела охраны общественного здоровья в рамках национальных систем здравоохранения, в различных секторах и на различных уровнях общества; укрепление кадрового потенциала общественного здравоохранения; устойчивая интеграция взаимосвязанных областей политики в области здравоохранения и дальнейшее укрепление аспектов общественного здоровья во всех службах здравоохранения и социальной поддержки, особенно в системе первичной медико-санитарной помощи, как это предусмотрено в целостном подходе к системам здравоохранения, изложенном в Таллиннской хартии.

20. Совместные действия ВОЗ и государств-членов по укреплению системы охраны общественного здоровья включают проведение оценки, осуществление организационной реформы и планирование как услуг, так и кадровых ресурсов общественного здравоохранения.

21. В рамках Плана действий в 17 государствах-членах применен инструмент, разработанный для самооценки основных оперативных функций общественного здравоохранения. Полученные результаты были использованы для разработки национальных стратегий здравоохранения и планов действий в области охраны общественного здоровья, укрепления кадровых ресурсов, а также реформирования организаций и системы финансирования услуг общественного здравоохранения. В сентябре 2014 г. инструмент был обновлен с включением инноваций, дополнительных элементов и ссылок на другие оценочные инструменты ВОЗ. Четыре государства-члена провели оценки с использованием новой версии данного инструмента (Армения, бывшая югославская Республика Македония, Польша и Словения).

## **Определение важнейших задач систем здравоохранения и повышение охвата населения вмешательствами по борьбе с НИЗ**

22. В течение последних пяти лет Региональное бюро проводит с государствами-членами, межправительственными организациями и основными партнерами в системе Организации Объединенных Наций активную работу, направленную на развитие межсекторального взаимодействия, наращивание национального потенциала, поиск новых возможностей для развития партнерств, продвижение затратоэффективных подходов к профилактике и борьбе с НИЗ и выполнение обязательств Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними в рамках политики Здоровье-2020.

23. В целях профилактики и борьбы с НИЗ крупномасштабные популяционные вмешательства (такие как борьба против табака и повышение уровня физической активности) необходимо сочетать с эффективными индивидуальными услугами здравоохранения (например, с такими как выявление и лечение диабета). Региональное бюро поддерживает государства-члены в укреплении действий их систем здравоохранения по борьбе с НИЗ путем реализации совместной рабочей программы ряда отделов, включающей проведение анализа, оказание технической помощи, диалог по вопросам политики и обмен знаниями.

24. В рамках структурного процесса для выявления проблем и возможностей систем здравоохранения и возможностей для улучшения показателей борьбы с НИЗ совместно с государствами-членами были подготовлены руководства по оценке ситуации в странах<sup>9</sup>. В действующем руководстве изложен пятиэтапный процесс для формулирования выводов, согласованных с политикой и местным контекстом, который включает анализ основных показателей борьбы с НИЗ на национальном и субнациональном уровнях, определение уровня охвата популяционными вмешательствами в таких областях, как борьба против табака, алкогольная политика, питание, физическая активность, а также определение уровня охвата индивидуальными услугами здравоохранения (профилактика, ранняя диагностика и лечение случаев заболеваний). Рассматриваются 15 основных проблем систем здравоохранения, таких как нежелание расширять права и возможности населения для принятия решений или неудовлетворительное распределение приоритетов<sup>10</sup>, которое мешает провести более широкий охват вмешательствами и услугами; при этом обсуждаются возможности для улучшения ситуации. Проводится работа во многих странах, и в восьми из них в 2013–2014 гг. уже были сформулированы конкретные рекомендации для политики (Беларусь, Венгрия, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан,

---

<sup>9</sup> Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Country assessment guide. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2014/better-noncommunicable-disease-outcomes,-challenges-and-opportunities-for-health-systems.-country-assessment-guide>, accessed 28 July 2015).

<sup>10</sup> Roberts MJ, Stevenson MA. Improving outcomes for noncommunicable diseases through health system strengthening. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (in press).

Турция, Хорватия и Эстония)<sup>11</sup>. При проведении общестрановых оценок также принимаются во внимание инновации и передовые практические подходы, которые могут быть использованы в качестве примеров для других стран. Благодаря обмену опытом между государствами-членами, ситуация в странах надлежащим образом оценивается, собираются фактические данные и подчеркиваются связи со стратегическим управлением системами здравоохранения, что позволяет извлекать полезные уроки и воспроизводить достижения.

### **Пищевые продукты и питание**

25. Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг., содержащийся в документе EUR/RC64/14 и принятый резолюцией EUR/RC64/R7 на РК-64 в 2014 г., направлен на решение проблемы нездорового питания как основного фактора риска растущего бремени НИЗ в Регионе. В 46 из 53 государств-членов свыше 50% взрослых людей имеют избыточную массу тела или страдают от ожирения; в ряде этих стран данный показатель приближается к 70% и продолжает расти. Каждый год вследствие избыточной массы тела и ожирения в 20 странах Западной Европы, по оценкам, умирают около 320 000 человек. В некоторых восточных частях Региона показатели распространенности избыточной массы тела и ожирения за период с 1980 г. выросли более чем в три раза.

26. В число приоритетов входят такие вопросы, как обеспечение более точной маркировки пищевых продуктов, усиление контроля за маркетингом пищевых продуктов, нацеленным на детей, развитие стратегий в сфере школьного питания и сохранение приверженности снижению потребления соли за счет изменения рецептуры пищевых продуктов. В Планах действий также рассмотрены функции услуг здравоохранения в профилактике заболеваний, возможности для содействия здоровому питанию через программы в сфере продовольствия и сельского хозяйства и комплексные системы эпиднадзора для мониторинга и оценки прогресса.

### **Осуществление Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ)**

27. По состоянию на 2015 г., РКБТ ВОЗ через 10 лет после своего вступления в силу (резолюция WHA56.1) ратифицирована 50 странами Европейского региона. Несмотря на многочисленные ратификации, важные изменения в стратегиях борьбы против табака и их реализацию, полное осуществление Конвенции по-прежнему отмечается лишь в ограниченном масштабе. В целях оказания поддержки странам в осуществлении РКБТ ВОЗ путем межсекторального сотрудничества Региональное бюро организовало ряд региональных совещаний и подготовило инструменты реализации политики.

---

<sup>11</sup> Better noncommunicable disease outcomes, challenges and opportunities for health systems. In: WHO/Europe, Health topics, Health systems, Health systems response to noncommunicable diseases, Publications [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/pages/health-systems-response-to-noncommunicable-diseases/publications>, accessed 28 July 2015).

Создана база данных правовых инструментов, которая отражает распространенность употребления табака и современные направления политики и законодательства по борьбе с табаком в Регионе, что позволяет странам обмениваться полезным опытом.

28. Опубликован на английском и русском языках ряд страновых тематических исследований по вопросам осуществления РКБТ ВОЗ, в частности по таким вопросам, как полный запрет курения в общественных местах, налоги, предупреждения о вреде для здоровья и реклама. В тесном сотрудничестве с секретариатом Конвенции проводятся ежегодные совещания для всех стран в целях обмена опытом по вопросам осуществления РКБТ ВОЗ в Европе. Кроме того, был проведен ряд тематических региональных совещаний, например по вопросам торговли и борьбы против табака, в которых приняли участие представители сектора здравоохранения и органов, регулирующих вопросы торговли.

29. В дополнение к работе на региональном уровне Секретариат сотрудничает примерно с 20 странами в вопросах осуществления Конвенции. Основными партнерами на национальном уровне являются главы правительств и депутаты парламента, а также министерства здравоохранения и широкое медицинское сообщество. Мониторинг выявил снижение распространенности употребления табака, сокращение числа экстренных госпитализаций, принятие директивных принципов активной борьбы против табака в соответствии с РКБТ ВОЗ и их эффективное практическое внедрение.

### **Вредное употребление алкоголя**

30. Перед принятием на Шестдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2010 г. Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя (резолюция WHA63.13) Региональное бюро провело консультации для обсуждения предлагаемых мер, направленных на снижение уровня потребления и вреда от алкоголя в Регионе. В 2011 г. на РК-61 был принят Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг., представленный в документе EUR/RC61/13 (резолюция EUR/RC61/R4). План действий соответствует пяти задачам и десяти направлениям деятельности, сформулированным в Глобальной стратегии. Все показатели глобальной стратегии также включены в Европейскую информационную систему по алкоголю и здоровью, которая была введена в действие в 2010 г.

31. Региональное бюро оказало поддержку в проведении семинаров по наращиванию потенциала в области разработки и осуществления политики в отношении алкоголя в контексте профилактики и борьбы с НИЗ в ряде стран Региона (Армения, Бельгия, Дания, Италия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Люксембург, Норвегия, Польша, Португалия, Республика Молдова, Российская Федерация, Сербия, Словакия, Соединенное Королевство, Турция, Финляндия, Хорватия, Черногория и Эстония); проведение этих семинаров способствовало разработке мер политики в отношении алкоголя.

32. В 2011 г. Региональное бюро приступило к сбору информации о ходе разработки и реализации в государствах-членах мер государственной политики в отношении алкоголя за период с 2006 г., со ссылками на документы, публикации и веб-сайты для содействия обмену передовым опытом. Данные за период с 2006 по 2012 гг. вошли в изданную в 2013 г. публикацию<sup>12</sup> и будут использованы в 2015 г. при создании онлайн-базы данных.

33. Благодаря более совершенному сбору и анализу данных и публикации его результатов стало возможным оптимизировать процессы выработки и распространения знаний о потреблении алкоголя, причиняемом им вреде и ответных мерах в области политики в государствах-членах. В этой сфере Региональное бюро тесно сотрудничает со штаб-квартирой ВОЗ и Европейской комиссией. В 2011–2013 гг. совместно с Европейской комиссией был реализован проект, обеспечивший использование одинаковых показателей и единой системы сбора и анализа данных.

### **Психическое здоровье**

34. Региональное бюро подготовило Европейский план действий по охране психического здоровья, представленный в документе EUR/RC63/11, который был утвержден принятием резолюции EUR/RC63/R10 на сессии РК-63 в 2013 г. В соответствии с Задачей 1 Плана действий предусмотрено повышение осведомленности о психическом благополучии и о факторах, которые способствуют его достижению – на уровне образа жизни, семьи, работы, школ и детских садов, местных сообществ и общества в целом. Представлены фактические данные о предупреждении депрессии и механизмах электронного здравоохранения с демонстрацией примеров передовой практики в Регионе. Региональное бюро провело оценку качества и потенциала в странах, которые обратились за поддержкой, в том числе в Албании, Армении, Болгарии, Венгрии, Казахстане, Кыргызстане, Португалии, Республике Молдова, Словении, Турции, Туркменистане и Чешской Республике. Для каждой из этих стран был составлен набор рекомендаций и предложены меры последующей помощи.

35. Основным направлением работы в государствах-членах было укрепление потенциала местных сообществ по охране психического здоровья. Региональное бюро оказывало поддержку данным усилиям путем обеспечения доступа к ресурсам сообществ в контексте Плана действий. Согласно Задачам 3 и 4 Плана, предлагалось определить структуры первичной медико-санитарной помощи в качестве точки первичного доступа к услугам для людей с расстройствами психического здоровья. Эти структуры должны обладать необходимым потенциалом для оказания помощи при наиболее частых психических расстройствах, включая психологические и социальные вмешательства при условии уважения достоинства и предпочтений пациентов и в необходимых случаях также интересов их семей. В Турции при финансовой поддержке со стороны Европейского союза проведена обширная программа помощи на уровне

---

<sup>12</sup> Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2013/status-report-on-alcohol-and-health-in-35-european-countries-2013>, по состоянию на 31 июля 2015 г.).

местных сообществ для людей с нарушениями психических функций, включающая разработку стратегий, обучение кадров и вовлечение самих пользователей услуг и местного населения.

36. Региональное бюро в партнерстве с Региональным центром развития здравоохранения в области психического здоровья в Юго-Восточной Европе, странами Центральной Азии и Российской Федерацией организовало ряд семинаров по повышению квалификации работников первичного звена системы здравоохранения и предупреждению самоубийств для стран юго-восточной части Региона. Было оказано содействие в организации поездок сотрудников министерств здравоохранения и технических экспертов для ознакомления с проектами, являющимися примером передового опыта в этой сфере в других странах, в частности визитов представителей из Чешской Республики в Соединенное Королевство, из Турции – в Италию и Туркменистан, из Кыргызстана и Узбекистана – в Турцию. Региональное бюро также внесло свой вклад в подготовку доклада "Предотвращение самоубийств: глобальный императив"<sup>13</sup>, в котором представлен свод знаний о проблеме самоубийств и рекомендации для стран в отношении поэтапных действий, направленных на предупреждение самоубийств.

### ***Оценка прогресса и обмен информацией***

37. Ход выполнения программ и отчетность регулярно оцениваются посредством механизма мониторинга целевых ориентиров и индикаторов<sup>14</sup> политики Здоровье-2020 и описываются в ежегодном отчете Регионального директора. Более детальная оценка приводится в докладах о состоянии здравоохранения в Европе, ежегодных сводках основных показателей здоровья, возобновленных обзорных сводках о состоянии здоровья в странах (составляемых в прямом сотрудничестве с государствами-членами) и на новом веб-портале Регионального бюро по информации и фактическим данным в области здоровья, который включает Европейскую базу данных "Здоровье для всех". Ежегодная флагманская Осенняя школа по информации здравоохранения и фактическим данным для выработки политики способствует наращиванию потенциала для укрепления процессов сбора, систематизации, анализа и представления информации здравоохранения в государствах-членах. По запросам государств-членов в адрес Регионального директора организуются дополнительные учебные курсы в течение года. Важным двигателем претворения фактических данных в политику и механизм отчетности о полученных достижениях является созданная в Региональном бюро в 2012 г. Европейская сеть по вопросам использования данных научных исследований при формировании политики. Для содействия гармонизации и стандартизации медико-санитарной отчетности созданы субрегиональные сети по информации здравоохранения, включая Сеть

---

<sup>13</sup> Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 ([http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/ru/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/ru/); по состоянию на 31 июля 2015 г.).

<sup>14</sup> Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье-2020. Версия 2. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2014/targets-and-indicators-for-health-2020.-version-2>, по состоянию на 31 июля 2015 г.).

информации здравоохранения республик Центральной Азии. В новом двуязычном (на английском и русском языках) журнале Регионального бюро по вопросам общественного здоровья под названием "Панорама общественного здравоохранения" публикуются материалы о межсекторальном взаимодействии и освещаются успехи в проведении политики в странах. Вновь активизировалась деятельность Сети фактических данных по вопросам здоровья: опубликован ряд новых сводных обзоров фактических данных, в том числе по вопросам интеграции систем информации здравоохранения и оказания помощи при хронических заболеваниях; на РК-65 будет представлена новая серия публикаций по миграции и здравоохранению. Кроме того, Региональное бюро предоставляет прямую техническую поддержку для укрепления национальных систем информации и отчетности по вопросам здравоохранения, а также стратегий и мероприятий по электронному здравоохранению в целях мониторинга общественного здоровья.

38. В области мониторинга и оценки деятельность Регионального бюро включает гармонизацию и стандартизацию в рамках Европейской инициативы ВОЗ по информации здравоохранения, которая пользуется поддержкой со стороны государств-членов, сотрудничающих центров ВОЗ, Европейской комиссии, Организации экономического сотрудничества и развития и различных фондов. Недавнее совещание руководящей группы подтвердило эту инициативу и предложило конкретный рабочий план.

### ***Предложение по дальнейшим действиям***

39. На РК-64 в 2014 г. был представлен отчет о ходе реализации политики Здоровье-2020. Резюме заключительного доклада о поддержке, предоставленной государствам-членам со стороны Регионального бюро, и о прогрессе, достигнутом странами в свете решений Европейской министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения, состоявшейся в Таллинне в 2008 г., приведен в документе EUR/RC65/8.

40. В свете резолюции EUR/RC63/R8 "Обзор хода выполнения резолюций, принятых Региональным комитетом на предыдущих сессиях, и рекомендации в отношении прекращения действия ряда из них и требований по отчетности" РК-65 может рассмотреть вышеуказанный документ в качестве комплексного доклада о совместной работе отделов Регионального бюро в рамках осуществления политики Здоровье-2020 и в качестве заключительного отчета о реализации стратегий по изменению поведения людей в отношении здоровья. На своем четвертом совещании в мае 2015 г. Постоянный комитет Европейского регионального комитета двадцать второго созыва рекомендовал прекратить действие резолюции EUR/R58/R8.

## **D. Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.)**

### ***Введение и общие сведения***

1. Нынешняя вспышка болезни, вызванной вирусом Эбола (БВВЭ), продемонстрировала важность наличия надежных национальных и международных механизмов и возможностей для быстрого выявления, реагирования и принятия профилактических мер в целях сдерживания серьезных угроз для общественного здоровья. В то же время она продемонстрировала хрупкость систем здравоохранения в некоторых странах, равно как и необходимость применения межсекторального подхода.

2. В выводах доклада по итогам совещания<sup>1</sup> второго Комитета по обзору Международных медико-санитарных правил (ММСП), состоявшегося 13–14 ноября 2014 г., сказано, что ММСП помогли международному сообществу значительно более эффективно осуществлять контроль над экстренными событиями и чрезвычайными ситуациями в области общественного здравоохранения. Многие государства-участники успешно провели оценку своих основных возможностей на национальном и местном уровнях и приняли меры по их укреплению.

3. Комитет по обзору отметил, что реализацию ММСП и, в частности, укрепление возможностей общественного здравоохранения, следует рассматривать как непрерывный процесс, в отличие от мероприятий, завершающихся к какой-то определенной дате, в том числе в 2016 г. Эти важные изменения в понимании данного процесса подчеркивают неразрывную взаимосвязь между ММСП, системами здравоохранения и потребностью в стабильном вложении средств в данное направление.

4. Далее Комитет по обзору рассуждает о том, что многие государства-участники до сих пор не готовы в рабочем порядке использовать и применять ММСП (2005 г.)<sup>2</sup> на повседневной основе, несмотря на наличие у них соответствующих возможностей. В Приложении 1А к ММСП (2005 г.) изложены минимальные требования, которые были выполнены большинством стран. Высказав это общее замечание, Комитет также сделал акцент на следующих ключевых препятствиях для применения ММСП: недостаточные полномочия/возможности национальных координаторов по ММСП (НК); высокая текучесть кадров; особые потребности малых островных государств и государств-участников, имеющих заморские территории; заострение внимания на продлении

---

<sup>1</sup> Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.). Доклад Комитета по обзору в отношении второго продления сроков создания национальных основных возможностей в области общественного здравоохранения и осуществления ММСП. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (EB136/22 Add.1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB136/B136\\_22Add1-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22Add1-ru.pdf), по состоянию на 15 июля 2015 г.).

<sup>2</sup> Международные медико-санитарные правила (2005 г.). Второе издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2005 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/ru/>; по состоянию на 15 июля 2015 г.).

сроков выполнения требований ММСП, а не на наращивании возможностей; восприятие реализации ММСП как процесса, ограниченного жесткими юридическими рамками, без должного внимания к изменениям, которые он влечет за собой для рабочих процессов, и к необходимости извлекать уроки из полученного опыта.

5. Комитет по обзору также подчеркнул, что самооценка процесса реализации ММСП, осуществляемая государствами-участниками, приносит ограниченную пользу в связи с неоднородным качеством и неодинаковой достоверностью информации, получаемой в ходе ее проведения. Существует необходимость в стандартизации возможностей и критериев эффективности в области обмена информацией. До сих пор в рамках мониторинга ММСП больше внимания уделялось административным вопросам, процедурам и оборудованию (т.е. материально-техническим аспектам) и меньше – оперативным и ориентированным на результат (т.е. программным) возможностям. Реализация ММСП должна осуществляться поэтапно, с переходом от применения простых контрольных перечней к использованию подхода, в большей мере ориентированного на конкретные действия, а затем – к периодической оценке функциональных возможностей. Комитет по обзору обсудил методологии, позволяющие более оптимально оценивать качество и функциональную эффективность. Обсуждавшиеся варианты включали проведение сопровождаемых оказанием технической помощи самооценок, добровольных независимых оценок, коллегиальных обзоров и сертификаций. Также отмечалось, что в настоящее время отсутствуют какие-либо процессы или системы, позволяющие формально закрепить практику сбора и распространения результатов наблюдения за имевшими место событиями и уроков, извлеченных в ходе этого процесса. В то же время Секретариату ВОЗ следует содействовать проведению под руководством региональных бюро ряда формальных региональных оценок или метаоценок обзоров имевших место всплеск в целях содействия межрегиональному обмену знаниями и осуществлению анализа извлеченных уроков, чтобы использовать все это при разработке будущих программ ММСП. Необходимо разработать новую схему мониторинга и оценки, привлекая к активному участию в этой работе региональные бюро ВОЗ. Затем эту схему следует предложить всем государствам-членам в рамках процессов, осуществляемых руководящими органами ВОЗ.

### ***Анализ ситуации в Европейском регионе ВОЗ***

6. Десять государств-участников (18%) из Европейского региона попросили о дополнительном продлении сроков до 2016 г. с целью дальнейшего развития и укрепления возможностей – и это самый низкий показатель обращаемости за продлением среди всех регионов ВОЗ. Решение обратиться за продлением сроков принимали сами государства-участники, и почти половина таких обращений поступила от развитых стран. Это говорит о том, что на принятие этих решений влияли определенные культурные, политические и исторические факторы, например, такие как наличие заморских территорий. Во многих случаях в процессе принятия решений на национальном уровне учитывался не только сам факт наличия необходимых возможностей, но также доступность механизмов их использования и вопросы юридической ответственности.

7. Информация из заполненных в рамках самооценки анкет, присланных государствами-участниками из Европейского региона, показывает, что всем возможностям был присвоен довольно высокий балл. Функциональность ММСП в Европейском регионе ограничена, что в основном объясняется причинами, не связанными с вопросами обеспечения возможностей, такими как недостаточная осведомленность, или же неспособностью стран управлять возможностями, устранять пробелы в обучении и использовать ММСП как инструмент осуществления оперативной деятельности. Реализация ММСП зачастую понимается как ограниченный жесткими юридическими рамками процесс, не влияющий на порядок осуществления оперативной деятельности. Более того, многие страны, обладающие ограниченными возможностями, не попросили о продлении сроков выполнения требований ММСП. Наконец, некоторые страны неверно трактуют взаимосвязь между минимальными требованиями, изложенными в Приложении 1А к ММСП (2005 г.), и (основными) возможностями в целом, исходя из предположения, что ММСП могут быть выполнены только тогда, когда будет обеспечен максимальный уровень развития всех возможностей.

8. В этом отношении выводы обсуждений и доклада Комитета по обзору знаменуют собой новую фазу в работе с ММСП, смещая акцент с ММСП как рамочного механизма развития возможностей на ММСП как инструмент, в рабочем порядке обеспечивающий ежедневное поступление оперативной эпидемиологической информации. В связи с этим решающее значение будет иметь назначение членов группы НК и одобрение состава этой группы всеми государственными ведомствами, задействованными в этой работе. В ММСП особым образом подчеркивается важная роль НК, которые на непрерывной основе служат своего рода коммуникационным центром для государств-участников и ВОЗ. Этот информационный поток и обмен является наиболее важным элементом системы сбора оперативных эпидемиологических данных и обеспечения безопасности общественного здоровья. Однако некоторые государства-участники в Регионе пока не готовы в оперативном порядке использовать и применять ММСП.

9. Государства-участники и Европейское региональное бюро ВОЗ были задействованы в мероприятиях по реагированию на значительные события в области общественного здравоохранения как регионального, так и глобального масштаба. В период с 1 января 2014 г. по 12 июня 2015 г. в системе управления событиями, созданной ВОЗ для Европейской региона, было зафиксировано в общей сложности 61 событие в области общественного здравоохранения, которое потенциально могло иметь серьезные международные последствия. Были предприняты меры в ответ на наводнения на Балканах в мае 2014 г., имевшие разрушительные последствия для Боснии и Герцеговины, Хорватии и Сербии и существенно повысившие риск распространения трансмиссивных болезней, а также меры в ответ на случаи завоза инфекции, вызываемой коронавирусом ближневосточного респираторного синдрома, в Австрию, Германию, Грецию, Нидерланды и Турцию в 2014 и 2015 гг. (по состоянию на 11 июня 2015 г.).

10. Региональное бюро также оперативно включилось в осуществление мероприятий по ликвидации вспышки БВВЭ в странах Западной Африки и принятие связанных с ней мер по обеспечению готовности в Европейском регионе. Совместно с Европейской комиссией и Европейским центром

профилактики и контроля заболеваний (ECDC) Бюро провело оценку уровня готовности государств-членов к реагированию на события, связанные с БВВЭ или аналогичными угрозами, предоставило государствам-членам технические рекомендации, адаптированные к их потребностям, с целью повышения их готовности, оказало содействие в процессе медицинской эвакуации 13 сотрудников, участвовавших в ликвидации вспышки эболы (по состоянию на 12 июня 2015 г.), из стран Западной Африки, оказало помощь в процессе ведения трех случаев БВВЭ, диагностированных в Европейском регионе ВОЗ, и отслеживании лиц, находившихся в контакте с заболевшими, а также координировало включение врачей, пролечивших в общей сложности 16 пациентов, в состав организованного ВОЗ Международного консорциума по проблемам тяжелых острых респираторных и ранее неизвестных инфекций – коллегиального сетевого объединения по оказанию практической поддержки. Региональное бюро следило за процессом медицинской эвакуации 25 сотрудников, подвергшихся высокому риску инфицирования в процессе работы по ликвидации вспышки. В целом, объем поддержки, оказанной Региональным бюро в рамках реагирования на кризис, связанный с БВВЭ, соответствует более чем 1300 рабочим дням персонала; эти сотрудники в основном были направлены непосредственно в пострадавшие страны.

11. На протяжении года представители Регионального бюро принимали участие во всех аудиоконференциях и совещаниях Комитета Европейской комиссии по безопасности общественного здоровья. Ближе к концу года эти мероприятия проводились на еженедельной основе, обеспечивая важную платформу для координации мер обеспечения международной готовности и реагирования на события в области общественного здравоохранения в Регионе и за его пределами.

### ***Предпринятые действия и достигнутые успехи***

12. В данном разделе описаны действия, достижения и трудности, ставшие частью работы по реализации семи направлений деятельности, намеченных Региональным бюро. Эти направления были сформулированы с целью определения и удовлетворения первоочередных потребностей, возникающих у стран Европейского Региона в связи с выполнением требований ММСП.

### **Направление деятельности 1: оценка, укрепление и мониторинг основных национальных возможностей, согласно требованиям ММСП**

13. Продолжая проводить оценку и мониторинг национальных возможностей, необходимых для выполнения ММСП, в основном при помощи ежегодной самооценки в формате анкетирования, и предоставлять рекомендации по вопросам укрепления имеющихся возможностей, Секретариат также внес свой вклад в глобальное обсуждение будущего подхода к проведению мониторинга.

14. Секретариату было также предложено внести свой вклад в разработку подхода к проведению мониторинга готовности в соответствии со Статьей 4 Решения №1082/2013/EU Европейского парламента о серьезных трансграничных

угрозах здоровью<sup>3</sup> и принять участие в работе миссий по проведению пилотных оценок в рамках выполнения Повестки дня глобальной безопасности общественного здоровья.

15. Региональное бюро содействовало проведению апробации подхода, призванного согласовать методологические инструменты оценки ММСП с методологией оценки эффективности работы ветеринарных служб Всемирной организации охраны здоровья животных в Европейском регионе. Результаты апробации будут использованы в рамках планируемого пересмотра процесса мониторинга ММСП.

### **Направление деятельности 2: усиление чувства сопричастности к процессу осуществления ММСП на высоком политическом уровне**

16. Для того чтобы усилить чувство общегосударственной сопричастности к реализации ММСП, Секретариат организовал проведение двусторонних консультаций высокого уровня и принял участие в работе национальных межсекторальных межминистерских рабочих групп в странах Восточной Европы. В рамках этой работы было проведено совещание с генеральным директором Департамента Европейской комиссии по гуманитарной помощи и защите гражданского населения, призванное укрепить существующее сотрудничество.

17. Секретариат продолжил рассылать и размещать в открытом доступе ключевые актуальные документы ВОЗ на всех официальных языках Европейского региона, в частности на русском. Одна из таких публикаций – это руководство по планированию действий на случай чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения в установленных пунктах въезда.<sup>4</sup>

### **Направление деятельности 3: обновление правовых и регламентирующих механизмов**

18. Другой эффективный способ усиления чувства сопричастности и укрепления межсекторального взаимодействия на высоком политическом уровне – это пересмотр действующего законодательства с целью включения в него принципов, изложенных в ММСП. Региональное бюро продолжило проведение обзоров законодательства в четырех государствах-участниках в сотрудничестве со штаб-квартирой ВОЗ. На осень 2015 г. запланировано проведение еще двух обзоров.

---

<sup>3</sup> Статья 4 "Обеспечение готовности и планирование ответных мер" Решения №1082/2013/EU Европейского парламента и Совета Европейского союза от 22 октября 2013 г. о серьезных трансграничных угрозах здоровью, отменяющего действие Решения №2118/98/EC (2013/L293/2). Официальный журнал Европейского союза. 2013;L293:1–15 ([http://ec.europa.eu/health/preparedness\\_response/docs/decision\\_serious\\_crossborder\\_threats\\_22102013\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/preparedness_response/docs/decision_serious_crossborder_threats_22102013_en.pdf), accessed 7 July 2015).

<sup>4</sup> Международные медико-санитарные правила (2005 г.): руководство по планированию действий на случай чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения в назначенных пунктах въезда. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/274966/GuidePublic-Health-Emergency-Contingency-Planning-Designated-Points-Entry-ru.pdf?ua=1&ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/274966/GuidePublic-Health-Emergency-Contingency-Planning-Designated-Points-Entry-ru.pdf?ua=1&ua=1), по состоянию на 15 июля 2015 г.).

#### **Направление деятельности 4: расширение полномочий НК**

19. НК должны быть предоставлены необходимые полномочия и возможности, для того чтобы они могли оказывать соответствующее влияние на реализацию ММСП на межсекторальном уровне в своих странах и нести ответственность за этот процесс. Уровень такого влияния можно повысить путем дальнейшего обучения НК, позволяющего им лучше понять принципы ММСП и активно привлекать имеющиеся ресурсы для развития предписанных ММСП возможностей и управления их использованием. В рамках своего ежедневного взаимодействия с НК в Регионе Региональное бюро предоставляет методические рекомендации и проводит необходимое обучение по вопросам оценки рисков и уведомления о них через контактный пункт ВОЗ по ММСП. На октябрь 2015 г. запланировано проведение учебного курса для НК.

#### **Направление деятельности 5: повышение уровня осведомленности и информационно-разъяснительная работа за пределами сектора здравоохранения**

20. Межсекторальное сотрудничество позволяет более эффективно использовать ресурсы, избегая дублирования и обеспечивая координацию. Убедить должностных лиц, ответственных за формирование политики в своих секторах, в важности этой работы будет проще, эффективно разъясняя и демонстрируя им выгоды, которые влечет за собой выполнение ММСП, а не заостряя их внимание исключительно на связанных с этим процессом обязательствах. Для этого необходимо интерпретировать положения ММСП сквозь призму деятельности и интересов каждого отдельно взятого сектора. Секретариат подготовил информационный бюллетень и инфографику, предназначенные для экспертов, не связанных со сферой здравоохранения, и до конца года проведет три национальных семинара и учебных мероприятия в странах Балканского региона, чтобы привлечь к совместной работе заинтересованные структуры из различных секторов.

#### **Направление деятельности 6: обучение национальных кадров по вопросам создания, управления и поддержания возможностей, необходимых для полного соблюдения требований ММСП в стране**

21. После нескольких лет подготовки Секретариат разработал первый курс по ММСП для Европейского региона "Международные медико-санитарные правила на практике" и впервые провел его в поместье Вихула (Эстония) с 22 по 26 сентября 2014 г. для обучения русскоговорящих экспертов. Помимо сотрудников, работающих в качестве НК, на курс также были приглашены основные национальные эксперты из охваченных данным мероприятием стран. Повторное проведение этого курса для других стран и экспертов запланировано на январь 2016 г.

22. Были определены возможности стран в области уведомления о рисках. Наличие этих возможностей является ключевым приоритетным условием эффективного использования ММСП на национальном и международном уровнях. Планируется провести серию учебных семинаров для национальных экспертов по коммуникации и лиц, задействованных в ликвидации чрезвычайных

ситуаций. Первый такой семинар прошел в Белграде (Сербия) с 14 по 16 октября 2014 г., а второй – для стран Восточной Европы и Кавказа – с 30 июня по 2 июля 2015 г. в Кишиневе (Республика Молдова).

### **Направление деятельности 7: укрепление предписанных ММСП возможностей в пунктах въезда**

23. Вследствие своей уязвимости к преходящему воздействию опасных факторов пункты въезда играют особо важную роль в предупреждении на повседневной основе завоза и распространения инфекций, и им следует поддерживать постоянную готовность к принятию специальных мер контроля в случае чрезвычайной ситуации. Секретариат в сотрудничестве с соответствующими партнерами проводит учебные семинары по инспектированию судов и обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям в авиационном секторе, а также, по мере необходимости, многострановые семинары с вовлечением других регионов ВОЗ в целях обмена передовым опытом между соседними странами и разработки двусторонних соглашений по конкретным пунктам пересечения сухопутной границы. В сотрудничестве с Региональным бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья в сентябре 2014 г. был проведен межрегиональный семинар по вопросам трансграничного сотрудничества для стран Кавказа, Центральной Азии и Восточного Средиземноморья.

24. В марте 2015 г. Региональное бюро, Европейское и Североатлантическое бюро Международной организации гражданской авиации (ИКАО) и Национальный институт общественного здравоохранения и охраны окружающей среды Нидерландов совместно провели четвертое Европейское совещание в рамках работы Механизма сотрудничества по предотвращению и контролю событий в области общественного здравоохранения в гражданской авиации (CAPSCA). Местом проведения совещания стал амстердамский аэропорт "Схипхол" (Нидерланды). Результатом обсуждений, проведенных 118 экспертами из 41 государства-члена, представляющими два сектора и различные уровни государственного управления, стала выработка общего понимания существующих недостатков и принятой практики в сфере гражданской авиации в Европейском регионе. Подход, использованный на этом европейском совещании, считается примером передовой практики в рамках глобального процесса CAPSCA, и данная модель работы была представлена на Глобальном симпозиуме ИКАО–ВОЗ по вопросам CAPSCA, состоявшемся в Монреале (Канада) в апреле 2015 г.

### ***Дальнейшие шаги***

25. Применение ММСП, проведение обучения, укрепление приоритетных возможностей, а также координация и сотрудничество со всеми соответствующими партнерами в Регионе остаются приоритетными задачами для Секретариата. В частности, Секретариат продолжит работать в сотрудничестве с Европейской комиссией и ее специальными агентствами, такими как ECDC, с целью координации выполнения Решения №1082/2013/EU и осуществления ММСП. Секретариат также определил государства-члены, обладающие конкретными знаниями и опытом в этой области, и партнеров в странах

Содружества Независимых Государств с целью проведения обучения и обмена передовым опытом.

26. Участники Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения попросили Генерального директора учредить Комитет по обзору в соответствии с ММСП (2005 г.) для анализа роли ММСП во время вспышки Эболы и принятия связанных с ней ответных мер, с тем чтобы:

- (а) оценить эффективность ММСП (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, имеющей международное значение, национальные основные возможности, а также контекст и связи с Механизмом реагирования на чрезвычайные ситуации и другие обязательства Организации в гуманитарной области;
- (б) оценить статус осуществления рекомендаций, данных первым Комитетом по обзору ММСП в 2011 г., и связанного с этим воздействия на нынешнюю вспышку Эболы;
- (в) предоставить рекомендации в отношении мер по улучшению функционирования, прозрачности процессов, 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 реализации всех рекомендованных мер.

27. В ответ на это Генеральный директор созывает третий Комитет по обзору ММСП, совещание которого состоится 24–25 августа 2015 г.

28. В ходе своей 136-й сессии в январе 2015 г. Исполнительный комитет в резолюции EB136.R6 призвал государства-члены выполнить рекомендации второго Комитета по обзору ММСП<sup>5</sup>, и впоследствии этот призыв был поддержан участниками Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в резолюции WHA68.5, принятой в мае 2015 г. Региональное бюро продолжит вносить свой вклад в глобальное обсуждение наиболее оптимальных вариантов пересмотра подхода к мониторингу возможностей в долгосрочной перспективе и способов оценки качества информационного обмена и эффективности работы НК. В июле 2015 г. штаб-квартирой ВОЗ была подготовлена концептуальная записка, представленная европейским государствам-членам ВОЗ в рамках интернет-консультации. Государствам-членам и Региональному комитету было предложено представить свои комментарии относительно того, согласны ли они с:

- (а) новыми принципами работы механизма мониторинга и оценки ММСП, предложенными Секретариатом ВОЗ в соответствии с рекомендациями второго Комитета по обзору ММСП;

---

<sup>5</sup> См. сноску 1.

- (б) постепенными изменениями в процессе мониторинга, а именно – переходом от самооценки возможностей к методике, в большей степени ориентированной на оценку функций;
- (в) предлагаемым процессом разработки документов, т.е. методологических инструментов и протоколов, которые будут дорабатываться Секретариатом ВОЗ в рамках технических и экспертных консультаций с государствами-членами.

## **Выводы**

29. ММСП являются рамочной основой для принятия мер, при этом предусмотренные ими процедуры и требования в отношении возможностей имеют обязательную юридическую силу для всех государств-участников. ВОЗ поддерживает усилия стран по реализации ММСП, включая разработку механизмов межсекторального и трансграничного сотрудничества путем содействия работе общих платформ для проведения обсуждений и обучения как на национальном, так и на международном уровне. Региональное бюро уделяет основное внимание элементам и ключевым возможностям, которые необходимы Европейскому региону, чтобы активизировать практическое применение ММСП на повседневной основе с учетом уроков, извлеченных в ходе реализации мероприятий по обеспечению готовности и реагированию в связи с кризисом, вызванным эболой.

30. ММСП должны быть более полно интегрированы в общие мероприятия и планы по обеспечению готовности в странах. Региональное бюро продолжит сотрудничество с соответствующими секторами и органами государственного управления в государствах-участниках в целях обеспечения политической приверженности и ресурсов и оказания поддержки деятельности межсекторальных координационных комитетов. В связи с этим решающую роль в развитии межсекторального сотрудничества в целях реализации положений ММСП, затрагивающих широкий спектр угроз для здоровья, будет играть европейская политика здравоохранения – Здоровье-2020.

31. Для эффективной реализации ММСП необходимо обеспечить стабильное финансирование и политическую приверженность этому процессу правительств стран, а также поддержку со стороны внешних доноров и партнеров.

= = =

## **Е. Стратегическое управление/руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ (резолюция EUR/RC58/R4)**

1. Резюме итогового доклада о ходе реализации положений Таллиннской хартии (документ EUR/RC65/8) служит отчетом о ходе работы в сфере стратегического управления/руководства системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ (резолюция EUR/RC58/R4).

= = =