Организация Объединенных Наций A/70/723

Генеральная Ассамблея

Distr.: General
9 February 2016
Russian
Original: English

Семидесятая сессия
Пункт 125 повестки дня
Здоровье населения мира и внешняя политика

Обеспечение защиты человечества от будущих кризисов в области здравоохранения

Группа высокого уровня по глобальному реагированию на кризисы в области здравоохранения

16-01747 (R) 070316 080316

Просьба отправить на вторичную переработку

Содержание

		Стр.
	Сокращения	4
	Предисловие	5
	Резюме	7
	Рекомендации	14
I.	Введение	28
	A. Вспышка Эболы в Западной Африке в 2014 году: трагедия, которую можно было предотвратить	29
	B. Глобальное бремя инфекционных заболеваний	34
	C. Социально-экономические последствия кризиса в области здравоохранения в более широком контексте	36
	D. Инфекционные заболевания — заболевания, обусловленные нищетой	38
	E. Мир, захваченный врасплох	39
II.	Национальный уровень	41
	A. Реализация основных возможностей в соответствии с Международными медико-санитарными правилами и укрепление систем здравоохранения	43
	B. Формирование эффективно действующего контингента работников здравоохранения	49
	C. Устранение проблем в сфере государственного управления	50
	D. Улучшение взаимодействия с общинами	52
	E. Подготовка вооруженных сил для выполнения миссий в области здравоохранения и в гуманитарной сфере	54
	F. Обеспечение непрерывности функционирования основных служб здравоохранения	55
	G. Учет гендерных аспектов в условиях кризисных ситуаций в области здравоохранения	55
III.	Региональный и субрегиональный уровни	57
IV.	Международный уровень	60
	A. Укрепление во Всемирной организации здравоохранения механизма периодического обзора соблюдения требований к основным возможностям, предусмотренным в Международных медико-санитарных правилах	60
	B. Укрепление оперативного потенциала Всемирной организации здравоохранения	63
	C. Улучшение координации глобальных мер реагирования на кризисы в области здравоохранения в рамках системы Организации Объединенных Наций	71

V. Сквозные вопросы 75
A. Развитие и охрана здоровья 75
B. Исследования и разработки 80
C. Финансовые и экономические меры 87
VI. Последующие действия и осуществление реформ 95

Приложения

I. Глоссарий 98
II. Основные даты, связанные с кризисом и принятием соответствующих мер реагирования 108
III. Состав Группы 112
IV. Проведенные заседания 114
V. Проведенные исследования 116
VI. Краткая библиография 117
VII. Выражение признательности 122

Сокращения

ЭКОВАС	Экономическое сообщество западноафриканских государств
ФАО	Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций
ГАВИ	Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации
ВВП	валовой внутренний продукт
Глобальный фонд	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ВНД	валовой национальный доход
МПК	Межучрежденческий постоянный комитет
ММСП	Международные медико-санитарные правила
БВРС	ближневосточный респираторный синдром
НПО	неправительственная организация
ОПР	официальная помощь в целях развития
ЧСЗМЗ	чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, имеющая международное значение
Рамочная программа ГПГ	Рамочная программа по обеспечению готовности к пандемии гриппа
ТОРС	тяжелый острый респираторный синдром
Соглашение по ТРИПС	Соглашение Всемирной торговой организации по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности
ВССГ	Водоснабжение, санитария и гигиена для всех
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПП	Всемирная продовольственная программа
ВТО	Всемирная торговая организация
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
МООНЧРЭ	Миссия Организации Объединенных Наций по чрезвычайному реагированию на Эболу

Предисловие

Когда двухлетний Эмиль Уамоно из Гвинеи заразился вирусом Эбола и 28 декабря 2013 года умер, вряд ли кто представлял, что за этим последует цепь событий, в результате которых погибнут более 11 000 человек, весь мир охватит страх и в рамках глобального реагирования необходимо будет мобилизовать многомиллиардную помощь.

Вспышка лихорадки Эбола в Западной Африке стала лишь одной из ряда эпидемий, разразившихся уже в XXI веке. К ним относятся четыре крупные вспышки ближневосточного респираторного синдрома (БВРС) в Саудовской Аравии и Республике Корея, пандемии гриппа H1N1 и гриппа H5N1 и распространение тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС). Все они служат суровым напоминанием об угрозе человечеству, которую представляют собой новые инфекционные заболевания.

В этом контексте Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций учредил в апреле 2015 года Группу высокого уровня по глобальному реагированию на кризисы в области здравоохранения, с тем чтобы получить рекомендации, которые способствовали бы укреплению национальных и международных систем в целях предотвращения будущих кризисов в области здравоохранения и эффективного реагирования на них с учетом уроков, извлеченных из опыта реагирования на эпидемию Эболы.

Группа сосредоточила свое внимание на кризисах в области здравоохранения, обусловленных вспышками новых, острых или повторно возникающих инфекционных заболеваний, которые чреваты распространением в международных масштабах. Группа видела свою задачу в том, чтобы, предлагая критически важные меры, которые позволили бы более эффективно предотвращать будущие кризисы в области здравоохранения и реагировать на них, ориентироваться на перспективу. Настоящий доклад не следует рассматривать как критику мер реагирования на эпидемию Эболы, поскольку в техническом отношении этой цели в большей степени отвечают другие обзоры. Вместе с тем Группа тщательно изучила такие обзоры и в качестве отправной точки в своей работе использовала меры реагирования на вспышку Эболы, принятые на глобальном уровне.

По итогам проведения широких консультаций Группа отмечает, что во многих случаях высокая опасность возникновения серьезных кризисов в области здравоохранения недооценивается и что степень готовности к ним в мире и возможности реагирования на них являются удручающе недостаточными. Будущие эпидемии могут оказаться гораздо более крупными по масштабам своего распространения и по своим катастрофическим последствиям, нежели вспышка Эболы в Западной Африке. Большую обеспокоенность у Группы вызвала информация о том, что немаловероятным сценарием является возникновение высокопатогенного вируса гриппа, который может быстро привести к гибели миллионов людей и вызвать серьезные социальные, экономические и политические потрясения.

В этой связи Группа рекомендует ряд мер, направленных на укрепление глобальной архитектуры здравоохранения, с тем чтобы лучше противостоять угрозе пандемии.

Группа убеждена в том, что необходимо иметь единый глобальный ведущий центр по вопросам здравоохранения, обладающий значительными ресурсами для того, чтобы определять и решать глобальные приоритетные задачи в области здравоохранения. Таким центром должна стать Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Группа отмечает, что в настоящее время потенциал реагирования ВОЗ на чрезвычайные ситуации является недостаточным, а попытки реформировать эту организацию оказались в значительной степени безуспешными. Ответственность за проведение реформ во многом возлагается на секретариат ВОЗ, однако государства — члены ВОЗ предоставляют ей очень слабую поддержку. В 2011 году в докладе Всемирной ассамблее здравоохранения о будущем финансировании ВОЗ Генеральный директор отметил, что «ВОЗ накопила чрезмерные обязательства, испытывает перенапряжение и нуждается в конкретных реформах. При установлении приоритетов в недостаточной степени используется принцип избирательности и стратегической направленности». Если ВОЗ не будет успешно реформирована, то следующая крупная пандемия приведет к гибели тысяч людей, которую можно было бы предотвратить. Может быть, это последний шанс добиться, чтобы ВОЗ была предоставлена возможность создать эффективный потенциал по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них при необходимой поддержке политического руководства. Еще один провал при выполнении ею своих функций может заставить рассмотреть вопрос об использовании альтернативных институциональных механизмов реагирования Организации Объединенных Наций.

Слишком часто после возникновения в мире паники в связи с той или иной эпидемией следует период благодушия и бездействия. Так, пандемия гриппа 2009 года побудила провести аналогичный обзор глобальных мер по обеспечению готовности, но содержащиеся в нем рекомендации не были приняты к исполнению. А если бы они были осуществлены, в Западной Африке можно было бы спасти тысячи жизней.

В память о пострадавших мы должны не допустить повторения этой трагедии. Для решения этой задачи потребуется принятие последовательных политических мер с целью создать эффективную систему реагирования на кризисные ситуации в области здравоохранения. В связи с этим Группа предлагает создать совет высокого уровня по глобальным кризисам в области здравоохранения и организовать саммит по глобальным кризисам в области здравоохранения, с тем чтобы не ослаблять усилия и следить за ходом осуществления необходимых реформ.

Группа выражает признательность Генеральному секретарю за проявленную им дальновидность в стремлении подготовить мир к кризисным ситуациям в области здравоохранения и надеется, что содержащиеся в настоящем докладе рекомендации будут способствовать предотвращению в будущем гибели многих людей.

(*Подпись*) Джакайя Мришо **Киквете**
Объединенная Республика Танзания
Председатель

Резюме

Вспышка Эболы как сигнал тревоги

В 2014 году вспышка Эболы обернулась человеческой трагедией, которая унесла тысячи жизней, причинила огромные страдания и оставила глубокие раны во многих общинах в Гвинее, Сьерра-Леоне и Либерии. И все же ее можно было предотвратить. Для того чтобы остановить ее распространение на ранних этапах, можно было сделать гораздо больше. Этот кризис должен стать сигналом, побуждающим к усилению глобальных мер, направленных на предотвращение будущих кризисов в области здравоохранения.

Многочисленные просчеты, выявленные в ходе реагирования на вспышку Эболы, свидетельствуют о том, что мир по-прежнему в недостаточной степени готов противостоять угрозе, которую представляют собой эпидемии. Отсутствие базового потенциала в области эпидемиологического надзора в Западной Африке означает, что первоначально на протяжении трех месяцев этот вирус распространялся незаметно. Когда вспышка была подтверждена, эксперты недооценили ее масштабы, а в сообщениях органов власти они были минимизированы. Несмотря на неоднократные предупреждения со стороны различных групп, включая организацию «Врачи без границ», правительства трех наиболее затронутых стран и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) продолжали утверждать, что в скором времени эта вспышка будет поставлена под контроль. Однако лишь когда инфицированными оказались 1600 человек и эпидемия стала резко выходить из-под контроля, ВОЗ объявила вспышку Эболы чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение (ЧСЗМЗ), и тем самым привлекла к ней внимание всего мира.

Когда было признано, что эта эпидемия представляет собой глобальную угрозу, весь мир осуществил беспрецедентную мобилизацию ресурсов и кадрового потенциала, включая задействование иностранных военных сил и средств и принятие Генеральным секретарем решения об учреждении первой в истории Организации Объединенных Наций миссии, которая была вызвана чрезвычайной ситуацией в сфере здравоохранения. Тем не менее осуществлению мер реагирования мешали отсутствие подготовленного и опытного персонала, который был готов к направлению в затронутые страны, нехватка финансовых ресурсов, ограниченное представление об эффективных методах реагирования, неэффективные способы взаимодействия с общинами и плохая координация. В результате этих задержек и сбоев были потеряны тысячи жизней.

Спустя более чем два года после первой смерти, вызванной эпидемией, количество жертв этого заболевания составило 11 316 человек и зарегистрированы 28 638 случаев инфицирования им*. Кроме того, в наиболее затронутых странах эпидемия привела к экономическим потерям в размере примерно 2,2 млрд. долл. США, что сводит на нет с таким трудом достигнутый прогресс в

* Данные по состоянию на 17 января 2016 года. Просмотрены 22 января 2016 года на сайте www.who.int/csr/disease/ebola/en.

деле осуществления целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия.

Глобальное бремя инфекционных заболеваний

На протяжении многих столетий мир подвергался эпидемиям и вспышкам заболеваний, которые зачастую приводили к катастрофическим последствиям. В 1918 году в результате пандемии гриппа H1N1 погибли примерно 50 миллионов человек. Сегодня миллионы жизней продолжает уносить ряд других инфекционных заболеваний. Недавние вспышки гриппа (H1N1 и H5N1) и распространение тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) и ближневосточного респираторного синдрома (БВРС) продемонстрировали, что даже разветвленные системы здравоохранения в развитых странах могут сталкиваться с проблемами, связанными с появлением новых и возникающих патогенов.

Хотя распространение вируса Эбола в Западной Африке имело катастрофические последствия, он не является наиболее вирулентным патогеном, известным человечеству. Математическая модель, разработанная Фондом Билла и Мелинды Гейтс показывает, что вирулентный штамм вируса гриппа, передаваемого воздушно-капельным путем, может распространиться по всем крупным столицам мира в течение 60 дней и убить свыше 33 миллионов человек в течение 250 дней.

Несмотря на серьезность этой угрозы, глобальные усилия по обеспечению готовности к эпидемиям оказались удручающе недостаточными. Международные медико-санитарные правила (2005 год) (ММСП), которые являются глобальным правовым документом, согласованным для обеспечения раннего оповещения и мер реагирования на пандемии, осуществляются в полном объеме лишь каждым третьим из его 196 государств-участников. К тому же, только небольшая доля глобальных инвестиций, направляемых на исследования и разработки вакцин, терапевтических средств и методов диагностики, выделяется на борьбу с новыми инфекционными заболеваниями, которые затрагивают в первую очередь развивающиеся страны.

Призыв к действиям

Грядет возникновение дальнейших угроз распространения пандемий, которые могут иметь катастрофические последствия. Мы можем либо принять незамедлительные меры с целью добиться сдерживания будущих угроз и защиты человечества, либо быть готовыми к потере миллионов жизней и к тому, чтобы пережить катастрофические социальные, политические и экономические последствия.

Группа выработала 27 рекомендаций для принятия мер на национальном, региональном и международном уровнях, в том числе ряда мер, которые охватывают различные уровни государственного управления и требуют взаимодействия со всеми секторами общества. Есть несколько конкретных, хотя и сложных мер, которые могут быть приняты незамедлительно и которые предусматривают привлечение партнеров со стороны правительств, международных учреждений, гражданского общества и частного сектора, действующих совместно и руководствующихся вновь обретенным чувством настоятельной необходимости. Эти приоритетные меры позволят приступить к созданию глобаль-

ного потенциала, который нужен для противодействия будущим кризисам в области здравоохранения и ускорения осуществления рекомендаций Группы.

Во-первых, ВОЗ должна создать новый центр по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них и добиться, чтобы мир обладал постоянным кадровым потенциалом, способным незамедлительно выявлять возникающие угрозы распространения инфекционных заболеваний и реагировать на них. Этот центр должен располагать реальными возможностями командования и управления и иметь доступ к специальным кадровым и оперативным ресурсам для осуществления медико-санитарного реагирования и обладать способностью к визуализации достоверно подтвержденных данных эпидемиологического надзора и обмену ими в режиме реального времени. Центр должен пользоваться самыми передовыми технологиями, что позволит мировому сообществу выявлять и отслеживать любые возникающие угрозы и эффективно реагировать на них.

Во-вторых, все страны должны в полном объеме выполнять свои обязательства по ММСП. В случае отсутствия потенциала необходимо предоставлять поддержку для безотлагательного осуществления основного комплекса мер. Эти меры должны находиться в прямом ведении глав правительств и предусматривать создание механизмов обеспечения готовности к пандемиям и реагирования на них с указанием четкого порядка командования и управления; нам и подготовку медицинских специалистов и общинных медико-санитарных работников; и создание комплексной системы эпидемиологического надзора с национальной лабораторией.

В-третьих, требуется соответствующее финансирование. Необходимо предоставить помощь странам, нуждающимся в дополнительной поддержке в плане соблюдения требований ММСП, а ВОЗ и новый центр по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них должны быть обеспечены ресурсами для удовлетворения глобальных потребностей. Кроме того, необходимо создать фонд в поддержку исследований и разработок вакцин, терапевтических средств и методов диагностики для забытых инфекционных болезней.

Чтобы добиться принятия основных мер, в одной из главных рекомендаций Группы предусматривается создание совета высокого уровня по глобальным кризисам в области здравоохранения в рамках Генеральной Ассамблеи в целях осуществления политического руководства в вопросах обеспечения глобальной готовности, отслеживания процесса реализации реформ и содействия подготовке к саммиту по глобальным кризисам в области здравоохранения в 2018 году.

Вспышка Эболы стала сигналом тревоги. Уже сейчас мировые лидеры должны принять меры к осуществлению рекомендаций, приведенных в настоящем докладе.

Разделы доклада

Национальный уровень (рекомендации 1–4)

На переднем крае борьбы с любой вспышкой заболеваний находится местная община, а основным субъектом, который несет ответственность и отчиты-

вается за распространение соответствующих оповещений и реагирование на ту или иную кризисную ситуацию, является государство. Глобальная архитектура здравоохранения предполагает создание на местном и национальном уровнях основополагающего потенциала для эффективного обеспечения готовности и реагирования.

Меры реагирования на вспышку Эболы продемонстрировали, что способность национальных органов власти пресечь распространение вируса была подорвана ненадлежащим выполнением национальных обязательств по ММСП, слабым развитием систем здравоохранения, проблемами в сфере государственного управления и плохим взаимодействием с общинами.

На национальном уровне необходимо принять следующие основные меры: реализовать основные возможности по ММСП, создать эффективно действующий контингент работников здравоохранения, устранить проблемы в сфере государственного управления, улучшить взаимодействие с общинами и учитывать гендерные аспекты в условиях кризиса в области здравоохранения.

Региональный и субрегиональный уровни (рекомендация 5)

Региональные и субрегиональные организации поддерживали меры реагирования на кризис, вызванный вспышкой Эболы, путем задействования инновационного и проверенного опытом потенциала, однако их неподготовленность и уже сложившийся порядок действий стали факторами, обусловившими запоздалое реагирование и координационные сложности.

Региональным организациям необходимо создать или укрепить постоянный кадровый потенциал для оказания содействия в деле предотвращения кризисов в области здравоохранения и реагирования на них с уделением особого внимания тем направлениям деятельности, где они могут существенным образом усилить национальные меры реагирования.

Международный уровень (рекомендации 6–9)

Вызванный вспышкой Эболы кризис позволил также выявить критические пробелы в международной системе реагирования на кризисы в области здравоохранения. В частности, слабым является механизм контроля за соблюдением требований к основным возможностям по ММСП. На международных усилиях по содействию более уязвимым странам в реализации возможностей, связанных с обеспечением готовности, осуществлением эпидемиологического надзора, обнаружением и реагированием, сказывается отсутствие независимых оценок. Кроме того, принятие эффективных мер реагирования замедляется в связи с отсутствием у ВОЗ надежного потенциала в области реагирования и недостаточной ясностью в вопросах межведомственного руководства и в отношении механизмов координации действий в условиях кризисных ситуаций в области здравоохранения. Такое промедление привело к тому, что Генеральный секретарь принял беспрецедентное решение об учреждении первой в истории Организации Объединенных Наций миссии, вызванной чрезвычайной ситуацией в сфере здравоохранения.

Необходимо принять безотлагательные меры к устранению этих пробелов и укреплению глобального потенциала оперативного выявления кризисных ситуаций в области здравоохранения и реагирования на них. К ним относятся ор-

ганизация проведения более строгого периодического обзора соблюдения требований к основным возможностям по ММСП, усиление оперативного потенциала ВОЗ и укрепление координационных механизмов Межучрежденческого постоянного комитета в целях улучшения реагирования на кризисы в области здравоохранения.

Сквозные запросы (рекомендации 10–25)

Развитие и здравоохранение

Хотя новые и опасные патогены могут возникнуть в любой стране мира, плохие условия жизни в развивающихся странах означают, что вспышки инфекционных заболеваний сказываются на них в особой мере. Отсутствие надлежащих санитарно-гигиенических условий может ускорить процесс распространения заболеваний, а неразвитость систем здравоохранения подрывает возможности реагирования.

Группа настоятельно призывает все государства-члены к достижению целей в области устойчивого развития, особенно в сфере здравоохранения. Она отмечает, что угроза кризисов в области здравоохранения, обусловленная инфекционными заболеваниями, подтверждается в цели 3.3, и настоятельно призывает государства-члены обеспечить, чтобы в процессе контроля за осуществлением упомянутых целей и принятия последующих мер в качестве одного из важнейших элементов в деле предотвращения вспышек инфекционных заболеваний учитывалось соблюдение требований к основным возможностям по ММСП. Группа рекомендует далее ВОЗ тесно взаимодействовать с участниками процесса развития в целях обеспечения взаимодополняемости между программами в области развития и усилиями по развитию систем медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения.

Исследования и разработки

Важнейшим фактором в деле предотвращения вспышек инфекционных заболеваний и реагирования на них является наличие эффективных медицинских контрмер, в том числе вакцин, терапевтических средств и методов диагностики. Однако объем инвестиций в проведение медицинских исследований и разработок в отношении заболеваний, которые в основном затрагивают бедные слои населения, является крайне недостаточным. Из 214 млрд. долл. США, инвестированных в исследования и разработки в сфере здравоохранения во всем мире в 2010 году, на изучение забытых болезней было выделено менее 2 процентов. Даже в тех случаях, когда вакцины или терапевтические средства существуют, для уязвимых слоев населения они зачастую недоступны или стоят слишком дорого.

Чтобы обеспечить выделение большего объема ресурсов на исследования и разработки, связанные с забытыми болезнями и другими опасными патогенами, особенно в развивающихся странах, необходимо вмешательство на уровне государственной политики, в том числе необходимо увеличить государственное финансирование. В этой связи Группа рекомендует, чтобы ВОЗ взяла под контроль создание фонда в поддержку исследований и разработок вакцин, терапевтических средств и методов диагностики, связанных с забытыми инфекционными болезнями. При проведении исследований и разработок необходимо ориентироваться на приоритетный перечень патогенов, составленный ВОЗ. Кроме

того, Группа отмечает, что для обеспечения возможности получения и доступности лекарственных препаратов для всех необходимо принять дополнительные меры.

Финансовые и экономические меры

Для создания более эффективной глобальной архитектуры здравоохранения, которая лучше подготовлена для реагирования на кризисы в области здравоохранения, понадобятся дополнительные финансовые ресурсы. По мнению Группы, потребуются инвестиции в три ключевые сферы деятельности. Во-первых, необходимо мобилизовать внутренние и международные финансовые средства в поддержку выполнения требований к основным возможностям по ММСП. В этой связи наименее развитым и другим уязвимым странам должна быть оказана помощь со стороны партнеров. Во-вторых, для создания в ВОЗ эффективного потенциала по обеспечению оперативной готовности и реагированию на чрезвычайные ситуации необходимо будет на 10 процентов увеличить объем финансирования этой организации за счет начисленных взносов, а также предусмотреть выделение резервных средств на случай чрезвычайных ситуаций. В-третьих, для поддержки фонда, предназначенного для проведения исследований и разработок медицинских мер борьбы с патогенами, которые создают серьезную опасность возникновения кризисов в области здравоохранения, необходимо ежегодно мобилизовать по меньшей мере 1 млрд. долл. США. Повышению эффективности и созданию более безопасного мира может способствовать более последовательная стратегическая координация использования имеющихся и новых финансовых ресурсов в поддержку этих приоритетов.

Группа отмечает далее, что введение во время вспышек заболеваний ограничений в отношении торговли и передвижения нередко приводит к значительным экономическим потерям для затронутых стран и мира в целом. Кроме того, эти ограничения мешают правительствам своевременно представлять отчетность и могут препятствовать принятию мер реагирования. В этой связи Группа рекомендует определить, каким образом свести их применение к минимуму.

Последующая деятельность и процесс осуществления (рекомендации 26 и 27)

Принятию эффективных и своевременных мер реагирования может помешать отсутствие надлежащего политического руководства на страновом, региональном и международном уровнях в процессе обеспечения готовности к кризисам в области здравоохранения и реагирования на них. По мнению Группы, принятие скорейших и решительных мер в связи с пандемиями должны инициировать главы государств и правительств.

Более того, предыдущие попытки реформировать глобальную архитектуру здравоохранения застопорились либо провалились из-за отсутствия политической поддержки.

Группа убеждена в том, что для сохранения нынешней динамики, обеспечения реализации важнейших реформ и содействия проведению саммита по глобальным кризисам в области здравоохранения необходим политический механизм высокого уровня. В этой связи Группа предлагает создать совет высокого уровня по глобальным кризисам в области здравоохранения.

Заключение

Группа полагает, что осуществление ее рекомендаций позволит укрепить глобальную архитектуру здравоохранения под руководством ВОЗ. Рекомендации Группы, опирающиеся на существующие механизмы, направлены на укрепление глобального потенциала в области отслеживания рисков, раннего выявления вспышек заболеваний и оперативного принятия мер реагирования, в полной мере обеспеченных ресурсами. Кроме того, предложения Группы о выделении ресурсов на исследования и разработки, связанные с патогенами, требующими приоритетного внимания, направлены на обеспечение более широкой доступности критически необходимых вакцин и методов лечения в тех случаях, когда в них нуждаются больше всего.

Рекомендации

Национальный уровень

Замечание: несоблюдение требований к основным возможностям по Международным медико-санитарным правилам (2005 год) (ММСП) сказалось на обеспечении готовности к кризису, вызванному вирусом Эбола, в Западной Африке и реагировании на него и привело к тому, что мир столкнулся с угрозой вспышек инфекционных заболеваний.

Рекомендация 1
К 2020 году государства — участники ММСП при соответствующем международном содействии полностью соблюдают требования к основным возможностям по ММСП.

В рамках выполнения требований к основным возможностям по ММСП государствам-участникам под руководством глав государств и правительств необходимо:

Обеспечение готовности и реагирование

- предусмотреть в национальных механизмах и планах по уменьшению опасности стихийных бедствий, обеспечению готовности к ним и реагированию на них планирование мер реагирования на кризисы в области здравоохранения
- задействовать все соответствующие заинтересованные стороны для определения потенциала и ресурсов, предназначенных для реагирования
- разработать планы борьбы с пандемией и проводить учения с участием всех соответствующих сил реагирования, включая сотрудников сил безопасности

Эпидемиологический надзор

- создать в рамках концепции «Единое здравоохранение» механизм эпидемиологического надзора для сбора и анализа информации по вопросам здравоохранения почти в режиме реального времени с объединением данных по всем слоям общества
- обеспечить незамедлительное уведомление директоров региональных бюро ВОЗ и ее Программы действий в связи со вспышками заболеваний и чрезвычайными ситуациями (центр ВОЗ по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них — см. рекомендацию 7) о необычных событиях в сфере здравоохранения

Лаборатории

- создать по меньшей мере одну национальную медицинскую лабораторию, оснащенную для проведения анализа биологических проб, либо в качестве альтернативы обеспечить доступ к совместным региональным лабораториям

- разработать национальную систему быстрой и безопасной транспортировки проб в соответствующие лаборатории, в том числе за границей

Кадровые ресурсы

- разработать протоколы, определяющие порядок действий контингента для чрезвычайных ситуаций, с тем чтобы обеспечить его надлежащую защиту, обучение, оснащенность, оплату его труда и его безопасность
- сформировать контингент чрезвычайных ситуаций путем обучения всех медицинских работников государственного и частного секторов действиям, предусмотренным протоколами для чрезвычайных ситуаций.

Замечание: одной из ключевых проблем, мешающих внедрению функционирующей системы эпидемиологического надзора и реагирования на вспышки заболеваний на уровне общин, является отсутствие квалифицированных медицинских работников.

Рекомендация 2
Правительства увеличивают инвестиции в подготовку медицинских специалистов и создают отвечающие условиям своих стран системы подготовки общинных медицинских работников.

- Национальные правительства и партнеры в полном объеме финансируют подготовку общинных медицинских работников.
- Для того чтобы обеспечить стратегическое распределение медицинских работников в бедных и удаленных районах, применяются комплексные меры стимулирования.
- Общинные медицинские работники признаются и интегрируются в качестве профессиональной категории с важными функциями в области профилактики, эпидемиологического надзора и реагирования.

Замечание: принятию мер реагирования на уровне общин мешает недостаточное понимание культурного контекста и плохо организованное информирование.

Рекомендация 3
Правительства и силы реагирования укрепляют и упорядочивают свое взаимодействие с общинами и содействуют развитию чувства ответственности и доверия на местах.

- Национальные органы власти и партнеры поддерживают развитие и использование национального потенциала в области социологических исследований, а также международной сети социологов с готовностью к мобилизации в кризисной ситуации.
- Принципы эффективного взаимодействия с общинами отражены во всех программах подготовки национальных и международных сил реагирования.
- Национальные органы власти и партнеры используют потенциал сотрудничества по линии Юг-Юг в этой области.

- Разрабатываются стратегии в области коммуникации с должным учетом культурного контекста.

Замечание: от инфекционных заболеваний часто в несоразмерной степени страдают женщины, поскольку главным образом на них возлагаются основные обязанности по уходу в семье. Кроме того, женщины особенно ощущают на себе неблагоприятные экономические последствия, связанные со вспышками заболеваний, поскольку они чаще заняты в неформальном секторе. В дополнение к этому женщины, несмотря на широкое освещение деятельности некоторых из них в качестве руководителей операций по реагированию, недопредставлены во всех национальных и международных операциях по реагированию на кризис, вызванный вирусом Эбола.

Рекомендация 4
В рамках усилий по обеспечению готовности к вспышкам заболеваний и реагированию на них необходимо учитывать и рассматривать гендерные аспекты.

- Поскольку женщины, как правило, выполняют основные обязанности по уходу, удовлетворению их потребностей необходимо уделять особое внимание.
- В рамках усилий по устранению экономических последствий пандемий и их последствий для обеспечения средств к существованию уделяется внимание положению женщин.
- Для обеспечения эффективности и целесообразности мер реагирования женщины должны принимать участие на всех уровнях планирования и оперативной деятельности.

Региональный и субрегиональный уровни

Замечание: несмотря на то, что поддержка мер реагирования на лихорадку Эбола со стороны региональных и субрегиональных организаций способствовала значительному укреплению оперативного потенциала, для оказания этой помощи, тем не менее, потребовалось много времени и в некоторых случаях она не координировалась.

Рекомендация 5
Региональные и субрегиональные организации создают или укрепляют постоянный кадровый потенциал для мониторинга и предотвращения кризисов в области здравоохранения и реагирования на них при поддержке ВОЗ. Это предполагает:

- более жесткую проработку региональных планов действий в связи с чрезвычайными ситуациями и планов по обеспечению готовности к кризисам в области здравоохранения, а также заблаговременную подготовку соглашений о материально-технической поддержке в случае чрезвычайных ситуаций и соответствующих медицинских лицензионных соглашений, которые могут быть оперативно задействованы в случае возникновения кризиса в области здравоохранения

- административное обслуживание и использование совместного регионального потенциала в области предотвращения бедствий и реагирования на чрезвычайные ситуации, в том числе передовых лабораторий по проблемам биобезопасности
- укрепление регионального исследовательского потенциала и взаимодействия
- ведение реестра медицинских экспертов и сил реагирования для оперативного регионального развертывания
- содействие обмену опытом и извлеченными уроками между региональными партнерами
- ведение при поддержке ВОЗ общепринятого перечня патогенов, создающих угрозу возникновения кризисов в области здравоохранения в регионе
- создание регионального механизма обновления и поддержки ММСП в целях обеспечения соблюдения их требований в регионе
- содействие проведению региональных и субрегиональных учений по реагированию на кризисы в области здравоохранения, особенно в приграничных районах.

Международный уровень

Замечание: спустя более чем три года после истечения первоначального предельного срока для обеспечения соблюдения требований к основным возможностям по ММСП (и двух продлений) лишь одна треть государств — участников ММСП заявили о том, что они выполнили требования к основным возможностям по ММСП.

Рекомендация 6
ВОЗ более строго подходит к проведению периодического обзора соблюдения требований к основным возможностям по ММСП.

- Государства-участники в консультации с негосударственными субъектами предоставляют секретариату ВОЗ в письменной форме ежегодную оценку хода реализации ими основных возможностей по ММСП.
- Каждая страна на основе ротации подвергается периодическому обзору, при этом в течение четырехлетнего периода обзор проходят все государства — участники ММСП.
- В отношении стран, подвергаемых обзору, ВОЗ организует проведение в полевых условиях независимой оценки соблюдения требований к основным возможностям по ММСП и, если это возможно, осуществляет координацию с проведением других обзоров.
- Результаты как проводимой страной самооценки, так и оценки, организованной ВОЗ, представляются Всемирной ассамблее здравоохранения (или комитету, созданному Ассамблеей) для обсуждения.
- Во время обзора старшему представителю страны предлагается высказать свои замечания по обоим докладам. Другим членам Всемирной ассамблеи

здравоохранения также предоставляется возможность высказать свои замечания.

- Не позднее трех месяцев после заседания секретариат ВОЗ разрабатывает по результатам состоявшихся обсуждений план действий со сметой расходов для каждой страны, используя для этого методику калькуляции расходов ВОЗ.
- На основе обзора секретариат ВОЗ составляет публичный доклад о ходе реализации основных возможностей по ММСП в мире и намечает стратегию реализации с изложением потребностей в международной помощи.
- После того как государство-участник обеспечивает полное соблюдение требований к основным возможностям по ММСП, процесс периодического обзора расширяется и предполагает проведение более общей оценки системы здравоохранения этой страны на основе методических указаний, которые должны быть разработаны ВОЗ. Такая оценка предусматривает повторный обзор соблюдения требований к основным возможностям по ММСП.

Замечание: организационная культура ВОЗ представляет собой культуру технической организации, занимающейся установлением стандартов. Хотя ранее технические эксперты ВОЗ способствовали сдерживанию вспышек Эболы, в настоящее время этой организации не хватает опыта, сил и средств и понимания для того, чтобы возглавить процесс принятия крупномасштабных оперативных мер реагирования на такие вспышки. Задержка с принятием мер со стороны ВОЗ на ранних этапах реагирования на первоначальные сообщения о вспышке заболевания может привести к гибели тысяч мужчин, женщин и детей, которая могла бы быть предотвращена.

Рекомендация 7
ВОЗ незамедлительно укрепляет свою ведущую роль и создает единый эффективный оперативный потенциал.

- Принимая во внимание, что ВОЗ учредила Программу действий в связи со вспышками заболеваний и чрезвычайными ситуациями, и с учетом необходимости обеспечения единого командования Группа предлагает, чтобы такая программа стала центром по обеспечению готовности и реагированию, наделенным функциями командования и управления.
- Этот центр является центральным механизмом командования и управления в случае возникновения чрезвычайных ситуаций в сфере здравоохранения. Он должен быть надлежащим образом обеспечен финансовыми ресурсами и укомплектован кадрами с четким порядком подчинения в рамках организации.
- Для методического руководства работой центра создается постоянный консультативный совет. В состав консультативного совета должны входить представители органов Организации Объединенных Наций, национальных правительств, НПО и институциональных партнеров, с тем чтобы содействовать применению межсекторального подхода.

- В ходе кризиса в области здравоохранения этот центр осуществляет все полномочия по реагированию со стороны Кластера здравоохранения и поддерживает тесные контакты с правительством и всеми сторонами.
- В центре располагается группа управления развертыванием кадров, включая программы Всемирной сети по оповещению о вспышках заболеваний и реагированию на них и иностранных медицинских бригад, которая координирует деятельность Глобального контингента работников здравоохранения для чрезвычайных ситуаций, направляя по мере необходимости экспертов и иностранные медицинские бригады.
- Центр разрабатывает транспарентный протокол для принятия незамедлительных мер реагирования на вспышки заболеваний и для призыва к политическим действиям в случае возникновения проблем, сдерживающих международные действия или препятствующих им.
- В этом центре размещается также открытая платформа данных, в рамках которой осуществляется глобальный сбор, упорядочение и анализ открытых данных об эпидемиологических событиях. Центр будет отвечать за предоставление открытого доступа к этим данным в режиме реального времени.
- Центр распоряжается предлагаемым резервным фондом ВОЗ и имеет доступ к механизму финансирования чрезвычайных мер в случае пандемии.
- Центр тесно взаимодействует с Департаментом по системам здравоохранения и инновациям ВОЗ в плане исследований и разработок, касающихся кризисов в области здравоохранения.
- Центр в сотрудничестве с МПК разрабатывает стандартный порядок действий для гуманитарных организаций, действующих в условиях кризисов в области здравоохранения.

Замечание: эффективная организация действий в связи с кризисом в области здравоохранения выходит за рамки компетенции лишь министерств здравоохранения или ВОЗ и требует политического руководства и общесистемного реагирования со стороны Организации Объединенных Наций. Кризис в Западной Африке, вызванный вспышкой Эболы, также продемонстрировал необходимость установления эффективного порядка подчинения в рамках ВОЗ и улучшения координации любых общесистемных мер реагирования.

Рекомендация 8
В случае вспышки заболевания уровня 2 или уровня 3, которая еще не относится к категории чрезвычайных ситуаций гуманитарного характера, по всей системе Организации Объединенных Наций вводится четкий порядок субординации.

- Генеральный директор ВОЗ докладывает Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций о принятых мерах реагирования.
- Директора региональных бюро ВОЗ докладывают непосредственно исполнительному директору центра ВОЗ в целях обеспечения согласованности действий в рамках всей системы.

- Исполнительный директор центра назначается Генеральным секретарем координатором чрезвычайной помощи, которому при необходимости поручается возглавить работу по принятию межучрежденческих мер реагирования.
- С учетом того, что ВОЗ назначена ведущим оперативным учреждением для реагирования на кризисы в области здравоохранения, Генеральный секретарь должен обеспечить задействование в полном объеме кластерной системы МПК для содействия в случае необходимости координатору чрезвычайной помощи в организации межучрежденческого реагирования.
- Сфера полномочий МПК, включая кластерную систему, пересматривается в целях повышения надежности, обеспечения своевременности, улучшения координации и укрепления потенциала в рамках реагирования на кризисы в области здравоохранения.

Замечание: вспышка Эболы позволила выявить отсутствие согласованности между категориями, используемыми для классификации кризисов в области здравоохранения и в гуманитарной сфере, которое приводит к неэффективности принимаемых мер реагирования.

Рекомендация 9
Генеральный секретарь инициирует объединение систем определения кризисных ситуаций в области здравоохранения и в гуманитарной сфере.

- Незамедлительно принимаются меры к тому, чтобы любой кризис в области здравоохранения, отнесенный к уровню 2 или уровню 3 по классификации Механизма реагирования ВОЗ на чрезвычайные ситуации, автоматически заставлял проводить межучрежденческую межсекторальную оценку.

Развитие и здравоохранение

Замечание: угроза возникновения кризисов в области здравоохранения в связи с инфекционными заболеваниями нашла отражение в цели 3.3 в рамках целей в области устойчивого развития. Однако процесс мониторинга и контроля за осуществлением этих целей в настоящее время не предусматривает соблюдения требований к основным возможностям по ММСП в качестве одного из важнейших элементов в деле предотвращения вспышек инфекционных заболеваний.

Рекомендация 10
Международное сообщество должно выполнить обязательства по достижению целей в области устойчивого развития с уделением особого внимания целям в сфере здравоохранения.

- Статистической комиссии в ходе обсуждения показателей достижения целей в области устойчивого развития следует обратить внимание на определение степени соблюдения требований к основным возможностям по ММСП и на укрепление систем здравоохранения в целом в качестве показателей достижения целей в сфере здравоохранения в рамках целей в области устойчивого развития.

Замечание: основная часть официальной помощи в целях развития (ОПР), предназначенная для сектора здравоохранения, направляется на осуществление вертикальных программ, которые ориентированы на отдельные показатели состояния здоровья населения. Несмотря на то, что благодаря этому подходу удалось добиться значительных успехов в достижении конкретных целей, его применение не способствует укреплению комплексных систем здравоохранения. Предоставление большей доли финансовых средств непосредственно странам, в том числе, где это возможно, посредством бюджетной поддержки, позволило бы национальным правительствам устранить эти недочеты.

Рекомендация 11
Партнеры продолжают направлять свою официальную помощь в целях развития на нужны здравоохранения и выделяют более весомую долю на укрепление систем здравоохранения в соответствии с согласованным планом, осуществляемым под руководством правительства.

- В стратегическом отношении ОПР направляется на осуществление в пределах бюджетных ассигнований постепенно растущего пятилетнего плана укрепления систем здравоохранения.
- Целевые показатели обеспечения транспарентности и эффективного управления при распоряжении финансовыми ресурсами отличаются четкостью и последовательностью.
- НПО действуют с такой же степенью транспарентности и применяют столь же эффективные принципы управления, как это ожидается от национальных правительств.

Замечание: согласно собственным наблюдениям Группы, укрепления систем здравоохранения будет недостаточно без поддержки дополнительных программ в области развития с упором на водоснабжение, санитарию, электроснабжение, первичное медико-санитарное обслуживание и другие соответствующие нужды.

Рекомендация 12
ВОЗ тесно взаимодействует с участниками процесса развития с целью обеспечить, чтобы программы в области развития предусматривали поддержку систем здравоохранения и тем самым способствовали достижению всеобщего и равноправного доступа к качественному здравоохранению.

Исследования и разработки

Замечание: ряд патогенов, которые представляют собой угрозы для человечества, остаются малоизученными, однако пока неизвестно, какой из них станет причиной следующей вспышки, и поэтому должен стать приоритетным предметом исследований.

Рекомендация 13
ВОЗ координирует усилия по определению приоритетности глобальных исследований и разработок в отношении забытых болезней, которые создают наибольшую угрозу, поскольку могут привести к кризисам в области здравоохранения.

- Секретариат ВОЗ, руководствуясь информацией, полученной от консультативных групп по иммунизации и исследованиям, составляет и ведет приоритетный перечень инфекционных заболеваний, которые с наибольшей вероятностью могут вызвать кризис в области здравоохранения и которые поэтому требуют первоочередного внимания при создании вакцин, терапевтических средств и методов оперативной диагностики. Определение приоритетов должно основываться на четко сформулированных критериях.
- ВОЗ оказывает помощь в определении технологических платформ, обладающих возможностями для ускорения процесса производства вакцин и терапевтических средств в целях борьбы со вспышками заболеваний, вызванных новыми патогенами или штаммами.

Замечание: даже там, где имеются вакцины и терапевтические средства, высокие цены нередко делают их недоступными или непозволительно дорогими для тех, кто нуждается в них больше всего. В частности, необходимо обеспечивать надлежащий доступ к вакцинам для граждан стран, затронутых вспышкой инфекционного заболевания.

Рекомендация 14
Принимаются безотлагательные меры для обеспечения всеобщего доступа к лекарственным средствам, вакцинам и другим жизненно необходимым препаратам и их ценовой доступности.

- С учетом разрыва между необходимостью находить инвестиции и финансировать исследования и необходимостью в доступных лекарственных препаратах выделяется дополнительное государственное финансирование для обеспечения всеобщего доступа к лекарственным средствам, вакцинам и другим жизненно важным необходимым препаратам и их ценовой доступности.
- Активизация усилий по обеспечению доступа к лекарственным средствам и их ценовой доступности через Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (ГАВИ), Глобальный фонд и другие инициативы, такие как ЮНИТЭЙД.
- Расширение использования непатентованных лекарств с целью сделать лекарственные средства более доступными.
- Страны и партнеры обеспечивают доступность недорогих основных лекарств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение». В этой связи необходимо в полной мере настойчиво использовать гибкие возможности, предоставляемые Соглашением по ТРИПС.

Замечание: разработка медицинских мер противодействия новому патогену в случае возникновения вспышки того или иного заболевания предусматривает, что образцы оперативно доставляются в научно-исследовательские лаборатории по всему миру. Однако в последние годы растет озабоченность по поводу обеспечения справедливого распределения выгод, в том числе вакцин и методов лечения, полученных благодаря образцам, предоставленным для целей исследований и разработок. Несмотря на наличие двух документов, касающихся передачи биоматериалов (Нагойский протокол регулирования доступа к генетическим ресурсам и совместного использования на справедливой и равной основе выгод от их применения к Конвенции о биологическом разнообразии и Рамочная программа по обеспечению готовности к пандемии гриппа (ГПГ)), в значительной степени сохраняется правовая неопределенность в отношении условий, при которых в будущем должен осуществляться обмен образцами возникающих патогенов.

Рекомендация 15
ВОЗ проводит встречи со своими государствами-членами, с тем чтобы пересмотреть Рамочную программу по обеспечению готовности к пандемии гриппа с целью включить в нее другие новые патогены, придать ей обязательную юридическую силу и добиться надлежащего соотношения между обязательствами и выгодами в соответствии с принципами Нагойского протокола 2010 года к Конвенции о биологическом разнообразии.

Замечание: существует значительный разрыв между потенциалом в области исследований и разработок в развитых странах и странах с развивающейся экономикой и аналогичным потенциалом в наименее развитых странах.

Рекомендация 16
ВОЗ возглавляет усилия по оказанию развивающимся странам содействия в наращивании их потенциала в области исследования и производства вакцин, терапевтических средств и методов диагностики, в том числе в рамках сотрудничества по линии Юг-Юг.

- ВОЗ и ее партнеры активизируют усилия по предоставлению технической и финансовой поддержки в деле осуществления таких инициатив, как создание Сети производителей вакцин в развивающихся странах.
- Принимаются меры к использованию имеющихся экспертных услуг в рамках сотрудничества по линии Юг-Юг.
- Разрабатываются и поддерживаются программы важнейших исследований в области биологических и общественных наук, ветеринарного обслуживания и технического проектирования и в смежных областях.

Финансирование

Замечание: одним из основных факторов, препятствующих реализации основных возможностей по ММСП, является финансирование. Призывая все страны увеличить долю национального бюджета, выделяемую ими на сектор здравоохранения, в том числе на создание основных возможностей по ММСП, Груп-

па признает, что многие страны, особенно наименее развитые страны, будут нуждаться также в существенной международной помощи.

Рекомендация 17
Генеральный директор ВОЗ в партнерстве с Всемирным банком, региональными банками развития, другими международными организациями, партнерами, фондами и частным сектором играет ведущую роль в принятии безотлагательных мер по мобилизации финансовой и технической поддержки, необходимой для создания основных возможностей по ММСП.

Замечание: в настоящее время все мероприятия ВОЗ по реагированию на чрезвычайные ситуации осуществляются с опорой на добровольное финансирование, поскольку отсутствуют постоянные ресурсы, предоставляемые незамедлительно. Добровольный характер помощи, оказываемой в чрезвычайных ситуациях, как правило, приводит к запоздалому и плохо скоординированному принятию мер реагирования. Поэтому основные мероприятия по реагированию на чрезвычайные ситуации в рамках ВОЗ должны финансироваться за счет начисленных взносов.

Рекомендация 18
Государства — члены ВОЗ увеличивают размер своих начисленных взносов в бюджет ВОЗ по меньшей мере на 10 процентов.

Замечание: для укрепления потенциала ВОЗ в области реагирования на чрезвычайные ситуации потребуется значительная дополнительная финансовая поддержка.

Рекомендация 19
Десять процентов всех добровольных взносов на деятельность ВОЗ — помимо расходов на вспомогательное обслуживание программ — в обязательном порядке направляются на поддержку центра по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них.

Замечание: недавно ВОЗ учредила резервный фонд в размере 100 млн. долл. США для удовлетворения насущных потребностей в случае возникновения чрезвычайной ситуации. С учетом того, что с наибольшей вероятностью добиться успеха при изолировании вспышки заболевания можно путем принятия активных мер реагирования на ранних этапах, этой суммы недостаточно.

Рекомендация 20
Государства-члены к концу 2016 года обеспечивают финансирование Резервного фонда ВОЗ для чрезвычайных ситуаций в объеме по меньшей мере 300 млн. долл. США.

- Средства Резервного фонда предоставляются членам Кластера здравоохранения для использования в рамках координации с ВОЗ.
- В целях обеспечения прогнозируемого финансирования Резервный фонд в полном объеме финансируется государствами-членами в соответствии со шкалой начисляемых им в настоящее время взносов. К концу 2016 года он обеспечен финансированием в полном объеме и незамедлительно пополняется в случае уменьшения объема ресурсов.

Замечание: отсутствие прогнозируемых и надежных финансовых средств для оперативного реагирования на серьезные кризисы в области здравоохранения сказывается на способности органов власти предотвращать распространение заболеваний. Одну из важных ролей в обеспечении такой предсказуемости и своевременности мог бы играть создаваемый Всемирным банком механизм финансирования чрезвычайных мер в случае пандемии.

Рекомендация 21
Всемирный банк быстрыми темпами вводит в действие механизм финансирования чрезвычайных мер в случае пандемии.

- Ежегодные взносы на деятельность механизма финансирования чрезвычайных мер в случае пандемии для наименее развитых стран покрываются партнерами за счет дополнительных ресурсов.
- Выплаты в счет этого механизма осуществляются национальными властями затронутой страны в первоочередном порядке в соответствии с национальными планами реагирования, при этом соответствующие организации оказывают техническую поддержку.

Замечание: в отрасли нет достаточных финансовых стимулов, чтобы разрабатывать вакцины для инфекционных заболеваний, которые затрагивают развивающиеся страны в несоразмерной степени.

Рекомендация 22
ВОЗ осуществляет контроль над созданием международного фонда объемом по меньшей мере 1 млрд. долл. США в год и управлением им в поддержку исследований и разработок вакцин, терапевтических средств и методов оперативной диагностики, связанных с забытыми инфекционными болезнями.

- Деятельность этого фонда ориентирована на укрепление мер защиты от будущих кризисов в области здравоохранения и должна дополнять действующие механизмы, которые поддерживают исследования и разработки, направленные на поиск вакцин, терапевтических средств и методов диагностики, связанных с существующими эндемическими инфекционными заболеваниями, такими как малярия, туберкулез и ВИЧ/СПИД.
- Средства фонда используются для того, чтобы стимулировать исследования и разработки вакцин, терапевтических средств и методов оперативной диагностики, которые касаются приоритетного перечня патогенов, определенных консультативными комитетами Всемирной ассамблеи здравоохранения.
- С учетом особенностей каждого патогена для стимулирования исследований и разработок используются целенаправленные методы, с тем чтобы достичь скорейших результатов при наименьших затратах.

Замечание: одностороннее закрытие границ и введение ограничений на торговлю и передвижение привели к значительным экономическим потерям и препятствовали направлению сил реагирования и предметов снабжения в охваченные Эболой страны. В результате прекращения полетов рядом коммерческих авиакомпаний пришлось использовать специальные сети гуманитарной логистической поддержки.

Рекомендация 23

Комитет по обзору ММСП рассматривает возможность разработки механизмов оперативного реагирования на односторонние действия государств и других субъектов, которые противоречат временным рекомендациям, принятым ВОЗ в рамках объявления чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение (ЧСЗМЗ).

Замечание: внутренние последствия даже местных вспышек инфекционных заболеваний усиливаются в результате международной реакции. Опыт последнего времени показывает, что в тех случаях, когда в той или иной стране вспыхивает вспышка заболевания, другие страны нередко закрывают свои границы либо вводят ограничения на передвижение, что в некоторых случаях противоречит методическим указаниям, предоставленным ВОЗ в соответствии с ММСП. Эти ограничения в отношении торговли могут быть оспорены как в соответствии с ММСП, так и в соответствии с процедурами урегулирования споров Всемирной торговой организации (ВТО).

Рекомендация 24

ВТО и ВОЗ созывают неофициальную совместную комиссию экспертов для изучения возможных мер повышения степени согласованности между ММСП и нормативно-правовой базой ВТО в отношении ограничений в области торговли, вводимых по соображениям обеспечения охраны здоровья населения.

Замечание: Группе известно о том, что существует обеспокоенность по поводу раздробленности международных усилий, направленных на поддержку систем здравоохранения в развивающихся странах, что ведет к дублированию усилий и представляемой отчетности, отсутствию координации и значительному снижению эффективности помощи. В то же время многие партнеры выразили озабоченность по поводу нехватки кадровых ресурсов в области финансового управления во многих развивающихся странах.

Рекомендация 25

Страны и партнеры соблюдают положения Парижской декларации по повышению эффективности внешней помощи, Аккрской программы действий и соглашения о Пусанском партнерстве, особенно в отношении поддержки, согласования усилий и обеспечения взаимной подотчетности.

- Все международные субъекты систематически информируют правительства о предоставляемой ими странам помощи и координируют осуществление своих программ с соответствующими отраслевыми министерствами.
- В условиях реагирования на чрезвычайную ситуацию за оказание правительству содействия в обеспечении эффективной координации международной помощи отвечает координатор чрезвычайной помощи.

Последующая деятельность и процесс осуществления

Замечание: в 2009 году в результате вспышки пандемии гриппа H1N1 погибли примерно 300 000 человек. После принятия мер реагирования ВОЗ провела обзор того, как действуют ММСП. По результатам обзора было рекомендовано осуществить многие из тех реформ, которые рекомендуются Группой высокого уровня, однако ни одна из них не реализована. Отсутствие реформ обусловлено тем, что политическое руководство не уделяло приоритетного внимания процессу осуществления, и отсутствием достаточных ресурсов. Для контроля за осуществлением недавно принятых реформ, в том числе рекомендаций Группы, необходим политический механизм высокого уровня.

Рекомендация 26
Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций немедленно создает совет высокого уровня по глобальным кризисам в области здравоохранения с целью обеспечить, чтобы весь мир был готов и способен реагировать на кризисы в области здравоохранения.

- Совет высокого уровня отслеживает политические и не связанные со здравоохранением вопросы, касающиеся безотлагательных задач в области профилактики и обеспечения готовности к возможной эпидемии глобальных масштабов, которая может иметь беспрецедентные последствия для экономики, передвижения людей и обеспечения стабильности, а также деятельности по восстановлению. Он будет подтверждать методические рекомендации во время кризисных ситуаций в области здравоохранения и будет осуществлять мероприятия в затрагиваемых сферах деятельности, не относящихся к сфере здравоохранения.
- Совет высокого уровня следит за ходом осуществления принятых рекомендаций Группы высокого уровня по глобальному реагированию на кризисы в области здравоохранения на страновом, региональном и международном уровнях и регулярно представляет Генеральной Ассамблее соответствующие доклады.
- Совет высокого уровня обеспечивает своевременное осуществление принятых рекомендаций Группы высокого уровня.
- В состав совета высокого уровня входят политические представители 45–50 государств-членов, избранные Генеральной Ассамблеей.
- Совет высокого уровня поддерживает основные мероприятия по подготовке к саммиту по глобальным кризисам в области здравоохранения.

Рекомендация 27
В 2018 году созывается саммит по глобальным кризисам в области здравоохранения, посвященный вопросам обеспечения готовности к кризисам в области здравоохранения и реагирования на них.

I. Введение

1. Вспышка заболевания, вызванного вирусом Эбола, в 2014 году в Западной Африке привела к трагической гибели свыше 11 000 человек и причинила неизмеримые страдания общинам во всем регионе.

2. Эта трагедия стала для мирового сообщества сигналом об угрозе эпидемии. На протяжении всей своей истории человечество подвергалось опасности инфекционных заболеваний, уносящих сотни миллионов жизней. И хотя научные достижения, в частности в области медицинской диагностики, терапии и применения вакцин, способствовали уменьшению масштабов распространенности или искоренению некоторых заболеваний, они не в состоянии сдержать угрозу, которую представляют собой эпидемии заболеваний, возбуждаемых новыми или повторно возникающими патогенами.

3. Многие патогены продолжают распространяться, но регулярно появляются и новые патогены. В результате изменений климата, роста населения, утраты биоразнообразия и глобализации торговли и передвижений человечество подвергается эпидемиям все чаще. Меры реагирования, принятые в связи с недавними вспышками заболеваний, включая Эболу и ближневосточный респираторный синдром (БВРС), продемонстрировали, что мир по-прежнему в опасности и не готов противостоять угрозе эпидемий. Стремительное распространение этих заболеваний подчеркивает настоятельную необходимость в укреплении глобальной архитектуры здравоохранения в целях борьбы с будущими вспышками заболеваний.

4. С этой целью в апреле 2015 года Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций учредил Группу высокого уровня по глобальному реагированию на кризисы в области здравоохранения для представления рекомендаций, которые могли бы способствовать укреплению национальных, региональных и международных систем в плане предотвращения будущих кризисов в области здравоохранения и более эффективного реагирования на них.

5. Группа сосредоточила свое внимание на кризисах в области здравоохранения, обусловленных вспышками новых, острых или повторно возникающих инфекционных заболеваний, которые чреваты распространением в международных масштабах. Это не преуменьшает масштабность кризисов в области здравоохранения, обусловленных неинфекционными заболеваниями, которые ежегодно уносят жизни 38 миллионов человек. Группа признает далее, что многие эндемические инфекционные заболевания, в том числе холера, малярия, туберкулез и ВИЧ/СПИД, от которых ежегодно гибнут миллионы людей, также относятся к категории вызывающих серьезные кризисы в области здравоохранения. Но поскольку эти заболевания уже распространились по планете, стратегия, необходимая для их сдерживания, в значительной степени отличается от стратегии, которая необходима для раннего обнаружения вспышек новых или повторно возникающих заболеваний и реагирования на них. Группа, в частности, обратила внимание на случаи, когда вспышки инфекционных заболеваний являются первопричиной кризиса, а не следствием более масштабной чрезвычайной ситуации (например, гуманитарной чрезвычайной ситуации, обусловленной конфликтом, или стихийного бедствия). Тем не менее многие выводы Группы применимы также к устранению кризисов в области здравоохранения в контексте более широких гуманитарных чрезвычайных ситуаций.

В русле этой же логики, хотя Группа конкретно не занималась изучением актов биологического терроризма, т.е. случаев преднамеренного введения агентов инфекционных заболеваний, многие ее рекомендации будут способствовать устранению последствий таких актов.

6. Группа проанализировала меры реагирования на вспышку Эболы, а также предыдущие вспышки инфекционных заболеваний и рассмотрела широкий спектр действий и системных мероприятий, необходимых для повышения степени готовности, укрепления эпидемиологического надзора, улучшения системы оповещения и усиления мер реагирования в связи с кризисами в области здравоохранения.

7. С мая 2015 года Группа проводила широкие консультации с целым рядом сторон, включая глав государств, представляющих наиболее затронутые страны, представителей стран, поддерживающих меры реагирования, и других государств-членов, представителей системы Организации Объединенных Наций, многосторонних финансовых учреждений и региональных банков развития, неправительственные организации (НПО), поставщиков медицинских услуг, представителей научных учреждений и исследовательских институтов, частный сектор и других экспертов. Члены Группы совершили также поездки в Гвинею, Либерию и Сьерра-Леоне — три страны, в наибольшей степени затронутые вспышкой Эболы, для консультирования с более чем 100 экспертами, включая представителей правительств, тех, кто оказался на переднем крае борьбы с этим заболеванием, традиционных лидеров и представителей местных общин. Кроме того, Группа рассмотрела письменные материалы, представленные государствами-членами, участвующими в процессе реагирования, а также многочисленные документы, исследования и отчеты. Группа провела далее ряд тематических круглых столов и поручила научным учреждениям и специалистам-практикам подготовить серию справочных исследовательских материалов. Группа поддерживала также тесные контакты с экспертами, занимающимися проведением других крупных обзоров.

8. Последствия эпидемий для человечества — это история невыразимых страданий и гибели миллионов людей. Группа надеется, что ее рекомендации будут способствовать укреплению глобальной архитектуры здравоохранения в целях повышения эффективности мер реагирования на будущие вспышки заболеваний, с тем чтобы не допустить повторения таких трагедий, как охватившая Западную Африку вспышка Эболы.

A. Вспышка Эболы в Западной Африке в 2014 году: трагедия, которую можно было предотвратить

9. Эмилю Уамуно из Мелианду, Гвинея, было лишь два года, когда 28 декабря 2013 года он умер после кратковременной, но сильной горячки. Вирус, который, скорее всего, был занесен в результате контакта с инфицированной плодоядной летучей мышью и который стал причиной смерти Эмиля, быстро распространился и привел в конечном итоге к смерти его сестры Филомены, его беременной матери Сиа и его бабушки Кумбы. Когда Кумба обратилась за помощью в больницу, расположенную в соседнем Гекеду, инфекция перекинулась на медработников, которые, в свою очередь, неосознанно перенесли ее в другие деревни.

10. В конце января 2014 года гвинейские власти направили в Мелианду бригаду местных медработников для расследования причины загадочных смертей, однако этой бригаде не удалось диагностировать болезнь. Только в конце марта 2014 года вирус Эболы был выявлен и информация об этом была направлена ВОЗ в Женеву. К этому времени были зарегистрированы 49 случаев инфицирования и 29 случаев смерти, а болезнь уже охватила соседнюю Сьерра-Леоне.

1. Вирус Эбола

11. После того как вирус Эбола был открыт в тропических лесах на севере Демократической Республики Конго в 1976 году, всякий раз, когда его обнаруживали, он вызывал чувство страха. В полной мере осознавая мощную природу этого вируса и его крайне инфекционный характер, исследователи, которые первыми выделили его, предпочли не следовать принятой практике и назвали его не по имени деревни, где его обнаружили, а по имени протекающей рядом реки Эбола. Они надеялись, что это поможет избавить население деревни Ямбуку от стигматизации и репрессалий.

12. Несмотря на вирулентный характер этого патогена и отсутствие объектов общественного здравоохранения и медицинской инфраструктуры в районах, где он впервые был обнаружен, первоначальные вспышки Эболы были сравнительно ограниченными по своему масштабу, охватывая не более одного или двух городов или деревень, прежде чем их брали под контроль. В период с 1976 года по 2012 год в Африке были отмечены 24 вспышки этого заболевания, главным образом в Габоне, Демократической Республике Конго, Уганде и Южном Судане. Две из трех крупнейших вспышек произошли в Демократической Республике Конго: первоначальная вспышка в Ямбуку привела к 318 случаям инфицирования и 280 смертельным случаям, а в результате вспышки в 1995 году в Киквите были зарегистрированы 315 случаев инфицирования и 250 смертельных случаев. Третья крупнейшая вспышка произошла в 2000 году в северном угандийском городе Гулу, где 425 человек были инфицированы и 224 человека погибли.

13. На этом фоне не удивительно, что, когда 22 марта 2014 года Гвинея объявила о новой вспышке заболевания, вызванного вирусом Эбола, весь мир предположил, что она в скором времени утихнет, как это было в случае с предыдущими вспышками. Однако на этот раз все было иначе.

2. Недооценка проблемы

14. Первоначально национальные и местные органы власти в затронутых странах старались преуменьшить значение сообщений о вспышке Эболы по политическим причинам. Членам Группы довелось также слышать о том, что, хотя неправительственным организациям (НПО) и тем, кто первым отреагировал на это, было разрешено выполнять свою работу, им не всегда оказывалась поддержка, в которой они нуждались.

15. В то же время ВОЗ и другие учреждения недооценили масштабы угрозы, и их первоначальные меры реагирования были во многих отношениях недостаточными. После подтверждения вспышки Эболы в течение марта 2014 года ВОЗ направила в Гвинею 38 специалистов. Для сравнения, в декабре 2014 года численность персонала ВОЗ в Западной Африке составляла в общей сложности 338 человек.

16. Для того чтобы признать вспышку Эболы чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение (ЧСЗМЗ), ВОЗ понадобилось еще 4,5 месяца. Тем временем вирус продолжал распространяться. В период с марта по июнь 2014 года это заболевание перекинулось в Либерию и Сьерра-Леоне, при этом количество подозрительных и подтвержденных случаев заболевания возросло более чем в три раза — со 112 до 389.

17. Ускоренной передаче вируса способствовал низкий уровень осведомленности, в том числе среди медицинского персонала. Как следствие, больницы нередко становились центрами распространения инфекции. С другой стороны, недостаточная информированность об инфекционном характере этого заболевания заставляла некоторые семьи заниматься лечением своих больных на дому, в результате чего члены этих семей подвергались большой опасности инфицирования. Попытки разъяснить населению необходимость безопасного погребения нередко наталкивались на сопротивление, поскольку культурные нормы предполагали соблюдение сложных обрядов погребения, предусматривающих прикосновение к телу усопшего и его омовение. В одном случае с традиционной церемонией погребения были связаны не менее 365 новых случаев инфицирования вирусом Эбола.

18. Сдерживание вспышки Эболы является трудной задачей для любой системы здравоохранения. Учитывая, что Соединенные Штаты Америки и Испания — две страны с наиболее передовыми системами здравоохранения в мире — оказались неспособными предотвратить передачу Эболы в своих больницах, масштабы проблемы, с которыми столкнулись три западноафриканских страны становятся все более очевидными.

19. Еще до появления Эболы три наиболее затронутые западноафриканские страны имели крайне отсталые системы и инфраструктуру медико-санитарного обслуживания и относились к числу 15 стран мира с наиболее низкими показателями развития человеческого потенциала. В Гвинее на каждые 100 000 человек приходятся 10 врачей, в то время как в Соединенных Штатах на каждые 100 000 граждан приходятся 242 врача. В Либерии и Сьерра-Леоне эти данные еще хуже. В 2012 году ни в одной из этих трех стран расходы на нужды здравоохранения не составляли более 13 долл. США на человека.

3. Резкий выход из-под контроля

20. В июле и августе 2014 года вспышка Эболы достигла столиц Гвинеи, Либерии и Сьерра-Леоне. Темпы распространения ускорились, а общее количество случаев инфицирования удваивалось каждый месяц. В конце июня было зарегистрировано 779 случаев инфицирования, в конце июля — 1609 случаев и в конце августа — 3707 случаев.

21. На улицах Монровии и Фритауна и в лечебных центрах в сельских районах разворачивались трагические сцены. Люди умирали у входа в переполненные лечебные центры. Медицинские работники подвергались огромной опасности инфицирования и страдали от этого — в течение кризиса 500 из них погибли.

22. К концу июля ситуация достигла критической точки, и местным органам управления и международному сообществу пришлось активизировать свои

действия. 23 июля было объявлено о том, что Эбола перекинулась в Нигерию, а в августе и октябре вирус проник соответственно в Сенегал и Мали.

23. 2 и 5 августа 2014 года первые американцы и испанцы, заболевшие лихорадкой Эбола, были эвакуированы по медицинским соображениям в страны их происхождения. Появление Эболы в развитых странах вызвало растущий интерес к этому заболеванию в глобальных средствах массовой информации.

24. 8 августа, спустя четыре с половиной месяца после выявления вспышки Эболы, ВОЗ объявила в связи с ней ЧСЗМЗ.

4. Обеспечение мер реагирования

25. В результате объявления ВОЗ ЧСЗМЗ ряд партнеров заявил о выделении значительной помощи для реагирования на вспышку Эболы. 19 сентября после принятия резолюций Генеральной Ассамблеей и Советом Безопасности Организации Объединенных Наций Генеральный секретарь учредил Миссию Организации Объединенных Наций по чрезвычайному реагированию на Эболу (МООНЧРЭ).

26. В последующие месяцы международное сообщество мобилизовало усилия для принятия мер реагирования, масштабы которых стали самыми широкими за всю историю. Под руководством президентов национальные правительства трех затронутых стран установили механизмы координации и осуществляли надзор за привлечением тысяч национальных работников, участвующих в процессе реагирования, включая медицинский вспомогательный персонал, специалистов по отслеживанию контактов и работников, занимающихся проведением разъяснительной работы в общинах. Многочисленные международные партнеры выделили свыше 6 млрд. долл. США в рамках финансовой поддержки, а также предоставили материальные ресурсы, включая средства индивидуальной защиты, раствор хлора для дезинфекции, автомобили, мотоциклы, палатки и мобильные компьютерные и коммуникационные технические средства. Правительства, фонды и институты частного сектора активизировали усилия по разработке вакцины для борьбы с вирусом Эбола.

27. В регион были направлены сотни международных медицинских работников. Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Соединенные Штаты и Франция развернули военные материально-технические средства и медико-санитарные службы. На переднем крае борьбы оказался ряд НПО, сотрудники которых работали в центрах по лечению Эболы, обучали и возглавляли бригады для обеспечения безопасных погребений, готовили работников, отслеживающих контакты, и вели разъяснительную работу среди местных общин. В этой связи необходимо отметить усилия организации «Врачи без границ» и национальных обществ Красного Креста и Красного Полумесяца.

28. В первые дни кризиса из-за плохого понимания проблемы, осложнявшегося неналаженной координацией, меры реагирования не всегда были эффективными. Например, в первых сообщениях Эбола представлялась как болезнь со смертным приговором, в результате чего предположительные больные пытались скрыться, а не пройти тестирование.

29. Несмотря на эти проблемы, благодаря международным мерам реагирования и изменению поведения в затронутых общинах в конечном итоге удалось

сдержать распространение вируса Эбола, которое могло приобрести экспоненциальный характер. В сентябре и октябре количество новых случаев инфицирования в неделю достигло своего пика и составило примерно 900, но впоследствии эта цифра стала снижаться. К концу января 2015 года еженедельное количество новых случаев инфицирования снизилось до примерно 120. Средний показатель, который на протяжении трех месяцев сохранялся на этом уровне, в марте снизился до примерно 30 случаев инфицирования в неделю, в июне — до менее 10 случаев в неделю и до менее 5 случаев в неделю в августе 2015 года.

30. После нескольких месяцев клинических испытаний 31 июля 2015 года исследователи в Гвинее сообщили о положительных результатах испытания экспериментальной вакцины против Эболы. В последующий период экспериментальную вакцину стали применять в рамках поддержки мер реагирования.

31. Когда количество новых случаев инфицирования сократилось до нуля и сохранялось на этом уровне на протяжении 42 дней (что в два раза превышает инкубационный период), ВОЗ объявила эти страны «свободными от передачи Эболы». После того как 9 мая 2015 года Либерия впервые была объявлена свободной от Эболы, в этой стране дважды отмечались случаи повторного возникновения болезни в результате ее передачи от перенесших ее лиц. Еще раз Либерия была объявлена свободной от Эболы 14 января 2016 года. В подтверждение сохраняющейся опасности повторного возникновения этой болезни в тот же день из Сьерра-Леоне поступило сообщение о новом случае смерти от Эболы, хотя 7 ноября 2015 года эта страна была объявлена свободной от Эболы. На момент написания этого доклада Гвинея оставалась свободной от передачи Эболы, как это было объявлено 29 декабря 2015 года.

32. В результате этой вспышки были зарегистрированы 28 638 случаев инфицирования, и она унесла жизни 11 316 человек[1]. Хотя пик этой вспышки, по всей видимости, прошел, вирус по-прежнему представляет собой смертельную угрозу в этом регионе.

5. Последствия в более широком контексте

33. Вспышка Эболы имеет также более широкие социально-экономические последствия для систем общественного здравоохранения, источников средств к существованию, образования, занятости, торговли и экономики, в результате чего число жертв, скорее всего, значительно возрастет. Только экономические потери, которые понесли эти страны, составляют, по оценкам, 2,2 млрд. долл. США, или 16 процентов от совокупного валового внутреннего продукта (ВВП).

6. Трагедия, которую можно было предотвратить

34. Вспышка Эболы в Западной Африке является трагедией, которую можно было предотвратить. Если бы эта вспышка была обнаружена ранее, а согласованные международные действия предпринимались более оперативно, темпы распространения этого заболевания можно было бы сдержать и тем самым

[1] Данные по состоянию на 17 января 2016 года. Просмотрено 22 января 2016 года на сайте www.who.int/csr/discase/ebola/en.

спасти тысячи жизней. Настоящий доклад посвящен памяти тех, кто должен был быть сегодня с нами.

B. Глобальное бремя инфекционных заболеваний

35. На протяжении многих столетий мир часто подвергался вспышкам эпидемий, которые нередко приводили к катастрофическим последствиям. В XIV веке в результате крупной вспышки бубонной чумы население Африки, Азии и Европы сократилось примерно на 50 миллионов человек. В современной истории зарегистрированы десятки менее вирулентных вспышек чумы, многие из которых унесли десятки тысяч жизней. Еще миллионы людей погибли от других инфекционных заболеваний, таких как оспа, холера, брюшной тиф и корь. Как полагают, в XVI веке миллионы коренных жителей Америки погибли от оспы, которую занесли туда европейские поселенцы. В 1918 году в результате пандемии гриппа H1N1 погибли примерно 50 миллионов человек. Число жертв инфекционных заболеваний за прошедшее столетие сопоставимо с числом лиц, погибших в результате конфликтов и стихийных бедствий, хотя на последние два фактора обращается гораздо больше внимания.

36. Сегодня миллионы жизней уносит ряд других инфекционных заболеваний. Например, от малярии, которая является наиболее распространенным в мире трансмиссивным заболеванием, ежегодно умирает примерно полмиллиона человек. Фактором, затрагивающим миллионы людей в странах с низким и средним уровнями дохода, по-прежнему является туберкулез, которым в 2014 году заразились 9,6 миллиона человек и от которого 1,5 миллиона человек умерли. В период с 1965 года возникло семь пандемий холеры, которая относится к числу тяжелых и острых бактериальных диарейных заболеваний. Согласно оценкам, ежегодно в мире регистрируются от 1,4 до 4,3 млн. случаев инфицирования холерой, в результате которых умирают 143 000 человек. Кроме того, во всем мире насчитывается свыше 36 миллионов человек, которые продолжают жить с ВИЧ/СПИДом.

37. Вместе с тем ежегодно возникают новые патогены, появление которых обусловлено генетическими мутациями и воздействием человека на экосистемы. По имеющимся данным, только в период с 1940 года по 2004 год появились 300 новых инфекционных заболеваний. Около 75 процентов возникающих инфекционных заболеваний относятся к категории зоонозных. Хотя в настоящее время не все эти заболевания причиняют вред человеку, небольшая их часть, в том числе сибирская язва и бешенство, может иметь катастрофические последствия. Стремительные темпы урбанизации и обезлесения, равно как и взаимосвязь между низким уровнем развития инфраструктуры и санитарии и высокой плотностью поголовья скота, создают весьма опасные условия для передачи зоонозных заболеваний. Благодатной почвой для смешения новых и старых болезней становятся также конфликты, перемещение населения и ограниченность доступа к медицинскому обслуживанию.

38. В результате мутаций существующие болезни могут также выработать устойчивость к лечению. Примерами таких мутаций являются штаммы ВИЧ в Африке, туберкулеза в Китае, Индии и Российской Федерации и малярии в Юго-Восточной Азии.

39. Особую угрозу представляют собой недавно возникшие заболевания. В 2003 году распространение в ряде стран тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС), вызванного коронавирусом, привело к более чем 8000 случаев инфицирования и гибели 750 человек (коэффициент смертности 9,6). Вирус H1N1, который стал причиной пандемии гриппа в 1918 году, вновь появился в слегка измененной форме в 2009 году, став причиной тяжелого заболевания дыхательных путей. Как полагают, в течение одного года эта вспышка унесла во всем мире жизни почти 300 000 человек. Другой штамм вируса гриппа, H5N1, или птичий грипп, только в период с 2006 года по 2008 год стал причиной более чем 130 вспышек во многих странах, включая Вьетнам, Египет, Индонезию, Китай и Пакистан. В период с 2012 года по 2015 год БВРС, который, как и ТОРС, вызывается коронавирусом, привел к гибели свыше 500 человек. В середине 2015 года в Республике Корея была отмечена крупная вспышка БВРС, в результате которой 186 человек были инфицированы и 36 человек умерли. В целях предотвращения распространения этого заболевания свыше 16 000 человек были подвергнуты карантину.

40. Инфекционные заболевания всегда представляли угрозу для человечества. Однако расширение взаимных контактов благодаря поездкам, торговле и перевозкам способствует их распространению по всему миру гораздо более быстрыми темпами, чем когда-либо ранее. Расширение международных деловых и туристических поездок привело к беспрецедентным масштабам перемещения людей и товаров, увеличивая возможности для распространения патогенов среди новых контингентов населения и в отдаленных районах. Во время эпидемии ТОРС в 2003 году инфицированный человек, проведший ночь в международной гостинице в Гонконге, Китай, стал источником инфицирования для многих других гостей, которые затем в течение 24 часов перенесли этот вирус еще в три страны.

41. Несмотря на катастрофические последствия вспышки Эболы в 2014 году, вирус Эбола не является наиболее вирулентным патогеном, известным человечеству. Коэффициент смертности для вспышек Эболы находится в диапазоне от 25 до 90 процентов, составляя в среднем 50 процентов. Но перечень известных патогенов включает в себя ряд других заболеваний, таких как чума и оспа, которые отличаются более высокими средними коэффициентами смертности. Более того, вирус Эбола передается лишь при контакте с биологическими жидкостями пациента с симптомами заболевания[2]. Поэтому эту вспышку легче взять под контроль, чем болезнь, передаваемую воздушно-капельным путем, особенно в ситуациях, когда вирус может передаваться до того, как у человека появятся симптомы заболевания. Опыт борьбы со вспышкой Эболы в Западной Африке показал, что до того, как были приняты успешные меры контроля, каждый случай передачи Эболы приводил в среднем к еще двум случаям ин-

[2] В ходе вспышки Эболы в 2014 году в Западной Африке в отдельных случаях были подозрения на передачу заболевания, вызванного вирусом Эбола, половым путем мужчинами, перенесшими Эболу. Но эти подозрения пока не получили подтверждения. Необходимо собрать больше данных эпидемиологического надзора и провести больше исследований в отношении рисков передачи этого заболевания половым путем, особенно в отношении сохранения в семени жизнеспособного и трансмиссивного вируса в течение длительного времени. См. раздел «Часто задаваемые вопросы о болезни, вызываемой вирусом Эбола» на сайте ВОЗ http://www.who.int/csr/disease/ebola/faq-ebola/en/ (просмотрено 24 ноября 2015 года).

фицирования. Что касается ТОРС, то показатель его репродуцирования находится в диапазоне примерно от 2 до 5, а для кори — в диапазоне от 12 до 18.

42. Предсказать источник появления и степень вирулентности следующего патогена представляется затруднительным, тем не менее существует серьезная опасность того, что следующая крупная вспышка может оказаться гораздо более тяжелой, нежели вспышка Эболы. Наибольшую тревогу вызывает возникновение вирулентного штамма очень заразного патогена, такого как вирус гриппа, который может привести к гибели миллионов людей. В случае такого развития событий его последствия могут значительно превзойти последствия пандемии гриппа 1918 года. Математическая модель распространения патогена показывает, что такое заболевание может распространиться по всем крупным столицам мира в течение 60 дней и убить свыше 33 миллионов человек в течение 250 дней.

43. Возникновение столь вирулентного патогена в полной мере относится к категории возможного. Недавние исследования показали, что для того, чтобы высокопатогенный вирус H5N1 переносился воздушно-капельным путем, достаточно пяти его генетических мутаций. В настоящее время две из этих пяти генетических мутаций часто встречаются в природе, и уже отмечена третья из них.

C. Социально-экономические последствия кризиса в области здравоохранения в более широком контексте

44. Глобальные последствия кризисов в области здравоохранения, обусловленных эпидемиями, выходят далеко за рамки показателей заболеваемости и смертности. Они оказывают также значительное социально-экономическое воздействие, которое затрагивает гораздо большее число людей, чем вызвавшее их заболевание. Что касается вспышки ТОРС в 2003 году, то ее глобальные экономические последствия оценивались в размере 40 млрд. долл. США. Такое социально-экономическое воздействие способствует повышению уязвимости, поскольку потеря доходов ведет к снижению сопротивляемости и уменьшению способности противостоять угрозам.

45. Попытки сдержать распространение эпидемии нередко предполагают введение ограничительных мер, таких как отмена важных мероприятий, закрытие школ и рынков и одностороннее установление ограничений на поездки и карантинов, что может привести к неблагоприятным экономическим последствиям. Даже когда такие меры в официальном порядке не принимаются, страх и паника заставляют население избегать многолюдных мест. Рынки пустеют, а объемы производства резко снижаются, что приводит к экономическому спаду. После вспышки Эболы в Гвинее объемы производства риса в 2014 году по сравнению с 2013 годом сократились на 20 процентов, кофе — на 50 процентов и какао — на 33 процента. Уменьшились показатели как самостоятельной занятости, так и оплачиваемой работы по найму. В Сьерра-Леоне в результате этой вспышки были потеряны примерно 180 000 рабочих мест. В докладе, опубликованном в июле 2015 года Структурой Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин под названием «Выявленные последствия Эболы», отмечается, что среди участников обследования в Либерии «безработица… выросла с

18,8 процента, зарегистрированных до Эболы, до 56,2 процента после начала вспышки, в результате чего в домашних хозяйствах образовался огромный дефицит семейного бюджета. Малый бизнес развалился, рынки закрылись и замерли работы в сельском хозяйстве». Эти тенденции в несоразмерной степени сказались на положении женщин, поскольку большинство занятых женщин работают в неформальном секторе, который охватывает мелкую торговлю и производство продуктов питания.

46. Внутренние последствия местных вспышек инфекционных заболеваний усугубляются реакцией на международном уровне. Опыт недавнего времени показывает, что, когда в странах происходят вспышки заболеваний, туризм и международная торговля разваливаются. Другие страны закрывают свои границы либо вводят ограничения на поездки, что в некоторых случаях противоречит методическим указаниям, выработанным ВОЗ. В Гвинее экспорт рыбной продукции сократился на 40 процентов, а в Либерии аналогичный спад наблюдался в экспорте каучука. Во всех трех странах, затронутых Эболой, международные инвесторы отложили осуществление новых проектов либо вообще свернули свою деятельность. По мере того как авиакомпании отменяли свои рейсы, а потенциальные посетители меняли свои планы, заполняемость гостиниц резко снижалась. Некоторые страны установили прямой запрет на въезд лиц из стран, затронутых Эболой, в то время как примерно 70 стран приняли свыше 500 различных мер, таких как ограничения в отношении посетителей из затронутых стран, которые выходят за рамки мер, рекомендованных ВОЗ. Такая реакция подтвердила опасения правительств наиболее затронутых стран относительно того, как международное сообщество будет реагировать после подтверждения вспышки заболевания и объявления ЧСЗМЗ. Именно такими опасениями отчасти объясняются первоначальные задержки с информированием об этой вспышке.

47. Согласно оценкам Всемирного банка, сделанным в апреле 2015 года, совокупные экономические потери от вспышки Эболы в трех затронутых странах составили 2,2 млрд. долл. США, что немногим превышает 16 процентов от их совместного ВВП.

48. Вместе с тем экономические последствия эпидемий, как правило, выходят далеко за пределы самих затронутых стран. Неправильная международная реакция, основанная на неопределенности и опасениях, означает, что страдают даже страны, не затронутые вспышкой заболевания. В случае со вспышкой ТОРС в нескольких незатронутых странах Восточной Азии наблюдалось уменьшение количества забронированных поездок на 15–35 процентов. В западноафриканских странах, не затронутых Эболой, в 2014 году отмечалось аналогичное снижение. В Гамбии, в которой не было зарегистрировано ни одного случая заболевания, вызванного вирусом Эбола, наблюдалось 65-процентное сокращение объемов туризма, доля которого в экономике страны составляет 16 процентов. Общие потери Западноафриканского региона в целом составили примерно 1 млрд. долл. США. Вспышка БВРС в Республике Корея привела к сокращению потребительских расходов и к сокращению числа туристов на 40–60 процентов, что заставило правительство приступить к реализации плана бюджетно-финансового стимулирования в объеме 19 млрд. долл. США.

49. Экономические потери от эпидемий могут повлиять на уровень нищеты в целом и подорвать продовольственную безопасность. Как отмечалось в недавней публикации Национальной академии наук Соединенных Штатов, «каждый год из-за медицинских расходов в условиях нищеты оказываются 150 миллионов человек, главным образом в странах с низким и средним уровнем доходов; еще миллионы людей остаются в бедственном положении, потому что из-за болезней они не могут работать». Плохие показатели здоровья неразрывно связаны с нищетой и низким уровнем ВВП, и все это ведет к истощению ограниченных ресурсов. В Западной Африке вспышка Эболы свела на нет достигнутые в последнее время успехи в сокращении масштабов нищеты, а выросшие цены на основные продукты питания в сочетании с резким снижением доходов в связи с потерей рабочих мест привели к подрыву продовольственной безопасности. В ноябре 2014 года, по оценкам Всемирной продовольственной программы (ВПП), из-за Эболы лишились продовольственной безопасности 200 000 человек.

50. Вспышки заболеваний нередко сказываются также на прогрессе в сфере образования и на долгосрочных перспективах развития целого поколения детей. Продолжительные периоды закрытия школ чреваты долговременным негативным воздействием на показатели развития человеческого потенциала, в том числе в сфере здравоохранения, профессиональной подготовки и обеспечения экономического роста. В трех затронутых Эболой странах Западной Африки школы оставались закрытыми на протяжении более пяти месяцев, лишая примерно миллионов детей возможностей для получения образования.

51. Поскольку вспышка Эболы оказала разрушительное воздействие на жизнь затронутых западноафриканских стран, это может служить указанием на возможные последствия вспышки инфекционного заболевания более глобального характера. Для сравнения, по оценкам Всемирного банка, острая пандемия гриппа может привести к мировым экономическим потерям в объеме 3 трлн. долл. США, что эквивалентно 4,8 процента глобального ВВП. В большинстве своем эти убытки будут вызваны не непосредственно заболеванием, а потребительской реакцией, нехваткой рабочей силы и многочисленными сбоями в экономическом и финансовом секторах.

D. Инфекционные заболевания — заболевания, обусловленные нищетой

52. Эпидемии инфекционных заболеваний представляют собой угрозу для всех. БВРС и ТОРС показали, что от них не застрахованы даже страны с высоким уровнем дохода. Тем не менее наиболее слабые и уязвимые слои населения почти всегда страдают от них дольше и больше всех.

53. Нищета по-прежнему является наиболее серьезным препятствием для глобальных усилий по предотвращению вспышек и эпидемий инфекционных заболеваний и реагированию на них. И хотя инфекционные заболевания могут возникнуть в любой точке мира, патогены труднее обнаружить, а болезням легче распространяться в районах с низким уровнем развития и плохим состоянием основных видов обслуживания. Инфицированию способствуют низкий уровень санитарии и гигиены, плохая санитарно-техническая инфраструктура и отсутствие доступа к питьевой воде. Недоедание ослабляет иммунную си-

стему, а низкий уровень медико-санитарного просвещения содействует возникновению и распространению болезней. Как следствие, население, живущее в таких условиях, в большей степени подвержено заболеваниям в сравнении с теми, кто живет в более цивилизованной обстановке, где осуществляется более эффективная профилактика заболеваний. Согласно оценкам, в результате пандемии гриппа H1N1 в 2009 году в Соединенных Штатах погибли 12 469 человек, в то время как число жертв в Африке и Юго-Восточной Азии было в 10 раз большим.

54. Почти 1 миллиард людей, живущих на менее чем 2 долл. США в день, не только подвергаются большей опасности инфекционных заболеваний, но и в большей степени сталкиваются с их последствиями по сравнению с теми, кто обладает более высоким уровнем дохода. Кто оказывается в наибольшей опасности, располагает наименьшими возможностями для реагирования. В большинстве развивающихся стран системы здравоохранения слаборазвиты. В больницах может отсутствовать электричество и водоснабжение, и очень часто не хватает врачей, медсестер и акушерок. У персонала нет достаточной квалификации и необходимого оборудования, и лекарственные средства нередко отсутствуют либо должны приобретаться пациентами. Наличие этих проблем означает, что у большинства, особенно тех, у кого нет финансовых ресурсов, нет доступа к экстренной и долговременной медицинской помощи.

55. Вспышка Эболы наглядно показала разницу между последствиями эпидемий в странах с хорошо развитыми системами здравоохранения в сравнении со странами, где эти системы развиты плохо. В трех наиболее затронутых странах от Эболы умерли свыше 11 000 человек, в то время как ее проникновение в страны с более развитыми системами общественного здравоохранения и более широкими возможностями было остановлено уже после нескольких случаев инфицирования. Тем не менее успешная изоляция вспышек заболевания в Мали, Нигерии и Сенегале показывает, что хорошая подготовленность и принятие упреждающих мер реагирования могут способствовать сдерживанию эпидемий даже при наличии относительно слабо развитых систем здравоохранения.

E. Мир, захваченный врасплох

56. В свете глобальной угрозы, исходящей от эпидемий, международное сообщество предприняло значительные усилия для того, чтобы повысить уровень своей защищенности и снизить степень своей уязвимости. Однако этих усилий недостаточно для противодействия текущим и будущим угрозам.

57. Попытки укрепить взаимодействие в рамках борьбы с инфекционными заболеваниями восходят к 1851 году, когда в Париже была созвана первая Международная санитарная конференция для согласования комплекса мер по контролю над трансграничным распространением холеры. В результате переговоров в конечном итоге в 1892 году был принят свод Международных санитарных правил, в которых предусматривалось, что подписавшие их страны должны уведомлять о всех вспышках основных инфекционных заболеваний (в том числе чумы, холеры и желтой лихорадки), позволяя тем самым другим странам принять меры защиты. В то же время эти правила предусматривали, что при принятии любых мер защиты, таких как введение карантина, следует

избегать создания ненужных препятствий для международной торговли и поездок. Международные санитарные правила несколько раз подвергались пересмотру для обновления перечня подлежащих уведомлению заболеваний, а в 1969 году были переименованы в Международные медико-санитарные правила (ММСП).

58. Сегодня ММСП остаются стержнем созданной международным сообществом системы преодоления кризисов в области здравоохранения, вызываемых вспышками инфекционных заболеваний. Хотя ММСП не являются гарантией от возникновения эпидемий и пандемий, в них, тем не менее, прописаны структурные элементы и средства для предотвращения вспышек заболевания и реагирования на них.

59. Действующие ММСП являются результатом процесса серьезного пересмотра, который начался после вспышки Эболы в Киквите, Демократическая Республика Конго, в 1995 году. Пересмотренный вариант ММСП, согласованный в 2005 году, содержит четыре важных изменения по сравнению с предшествующим вариантом. Во-первых, была расширена сфера охвата ММСП — ограниченный перечень подлежащих уведомлению заболеваний превратился в открытый перечень любых событий в области здравоохранения, отвечающих по меньшей мере двум из четырех критериев: a) серьезность потенциальных последствий в сфере общественного здравоохранения; b) необычный или неожиданный характер события; c) наличие серьезной опасности международного распространения; и d) серьезная опасность введения ограничений в отношении международной торговли и поездок. Во-вторых, ММСП были переориентированы с обеспечения защиты незатронутых стран посредством принятия мер пограничного контроля на выявление заболевания и борьбу с ним в месте его возникновения. ММСП предусматривают принятие ряда мер по оказанию содействия затронутым странам и не ориентированы лишь на ограничение трансграничного распространения. В-третьих, в ММСП признается, что страны нуждаются в укреплении потенциала для осуществления эффективного эпидемиологического надзора и контроля, и прописан перечень необходимых основных возможностей, которые должны были быть реализованы всеми государствами-участниками к 2012 году. В-четвертых, они наделяют Генерального директора ВОЗ, по рекомендации комитета по чрезвычайной ситуации, полномочиями информировать мир о том или ином событии в области здравоохранения, имеющем глобальное значение, посредством объявления ЧСЗМЗ.

60. Вместе с тем неспособность быстро выявлять вспышки инфекционных заболеваний, включая Эболу, и реагировать на них свидетельствует о том, что действующие в настоящее время системы не обеспечивают надлежащий уровень защиты и готовности. Лишь в нескольких странах созданы основные возможности для осуществления эпидемиологического надзора и оповещения, предусматриваемые ММСП. К тому же, когда объявляется о вспышке, многие страны продолжают вводить ограничения в области торговли и поездок, что противоречит положениям ММСП. Такое несоблюдение требований подчеркивает трудности, связанные с международными соглашениями, которые предусматривают соблюдение обременительных требований, но не предлагают меры стимулирования или финансовые ресурсы в поддержку их осуществления.

61. Глобальные усилия по обеспечению защиты от угроз пандемии зависят также от разработки методов лечения и вакцин, предназначенных для борьбы с

рядом патогенов. В результате осуществления на протяжении 14 лет под руководством ВОЗ программы вакцинации в 1980 году была успешно ликвидирована оспа, благодаря чему миллионы людей не стали жертвой одного из самых смертельных заболеваний в истории. Кроме того, на 99 процентов было сокращено количество случаев заболевания полиомиелитом. Тем не менее лишь незначительная доля финансирования, выделявшегося для исследований и разработок вакцин и методов лечения, предназначалась для таких заболеваний, как Эбола, которые в первую очередь затрагивают наименее развитые страны. Как следствие, на начальном этапе вспышки Эболы в 2014 году — полных 40 лет после того, как это заболевание было впервые открыто, — ни вакцин, ни методов лечения для вируса Эбола не существовало.

62. Вспышка Эболы в Западной Африке в 2014 году позволила обнаружить недочеты в действовавших механизмах преодоления кризисов в области здравоохранения. В ходе проведенных ею консультаций Группа смогла выявить недочеты на всех уровнях, включая местные общины и национальный, региональный и международный уровни, и по ряду сквозных вопросов. Наиболее серьезные недочеты касаются отсутствия основных возможностей по ММСП в отношении осуществления эпидемиологического надзора и мер реагирования в области общественного здравоохранения; слабого развития систем здравоохранения во многих странах в целом; и несоответствующих требованиям механизмов управления и кадрового потенциала, необходимых для обеспечения готовности, осуществления мероприятий по обнаружению и принятия мер реагирования на региональном и международном уровнях.

63. С учетом опыта преодоления вспышки Эболы и вспышек других инфекционных заболеваний в разделах, следующих ниже, излагаются основные недостатки существующей системы в отношении устранения угрозы инфекционных заболеваний. В каждом разделе приводятся также соответствующие рекомендации. В разделе II рассматриваются трудности, выявленные на местном и национальном уровнях. В разделе III обсуждаются недочеты, выявленные на региональном уровне, а в разделе IV излагаются проблемы, выявленные на международном уровне. В разделе V рассматривается ряд сквозных вопросов. Вместе с тем даже после успешного устранения этих недочетов сохраняется необходимость в обеспечении быстрого и надлежащего выполнения руководящих функций и принятия политических решений. Кризис, вызванный вспышкой Эболы, обнажил трагическую проблему, связанную с непринятием руководством на всех уровнях ответственных и своевременных мер. С учетом этого в разделе VI предлагается политический механизм мониторинга высокого уровня для обеспечения осуществления реформ, необходимых для создания глобальной архитектуры здравоохранения, которая в состоянии более эффективно реагировать на будущие кризисы в области здравоохранения.

II. Национальный уровень

64. На переднем крае борьбы с любой вспышкой заболеваний находится местная община, а основным субъектом, который несет ответственность и отчитывается за распространение соответствующих оповещений и реагирование на ту или иную кризисную ситуацию, является государство. Именно на этих уровнях необходимо задействовать силы и средства, предназначенные для проведения профилактики и обеспечения готовности, с тем чтобы выявлять новые

вспышки заболеваний и обеспечивать принятие скоординированных активных мер реагирования.

65. Создание комплексных национальных систем раннего оповещения и реагирования для противодействия кризисам в области здравоохранения является сложной задачей, решение которой предполагает участие многочисленных субъектов на разных уровнях.

66. Эффективная система раннего оповещения требует развертывания во всех общинах персонала, прошедшего по крайней мере базовую подготовку, для отслеживания данных о положении дел в области общественного здравоохранения и уведомления министерства здравоохранения о любых необычных событиях в сфере здравоохранения через посредство национальной системы медико-санитарной информации. Она требует также наличия соответствующего персонала, обладающего опытом эпидемиологической работы, для анализа информации о необычных событиях в сфере здравоохранения и ее последующей сверки с материалами, поступающими от других источников, включая ветеринарные службы. При необходимости для изучения необычных случаев должны разворачиваться диагностические бригады. Эти бригады должны также иметь возможность исследовать образцы в лабораторных условиях и быстро получать результаты исследований. В случае необходимости о необычных результатах должны уведомляться министерство здравоохранения и ВОЗ, и должно быть начато осуществление заранее подготовленного и хорошо отрепетированного национального плана по обеспечению готовности к реагированию на эпидемию. Весь персонал, участвующий в реагировании на чрезвычайную ситуацию, должен знать свои функции и действовать, соблюдая четкий и заранее оговоренный порядок подчинения. Любой план реагирования на чрезвычайную ситуацию должен также предусматривать предварительное размещение предметов медицинского снабжения.

67. Для сдерживания прогрессирующей вспышки инфекционного заболевания, такого как Эбола, необходимо быстро выявить и изолировать всех инфицированных и организовать их перевод в лечебные центры, где действуют жесткие меры профилактики инфекций и инфекционного контроля. Кроме того, необходимо выявить все контакты каждого инфицированного пациента и, в отсутствие возможности быстрого применения вакцин, регулярно следить за их состоянием. В случае заболевания Эболой за состоянием контактов необходимо следить ежедневно на протяжении 21 дня. Если пациент умирает, его тело должно быть погребено таким образом, чтобы не создавать опасности инфекции. Кроме того, необходимо информировать население об опасности заражения и о мерах, которые могут быть приняты для предупреждения инфицирования. Для осуществления этих мер необходима мобилизация значительных финансовых, материальных и кадровых ресурсов и обеспечение тесной координации усилий ряда государственных министерств, местных властей, партнеров, международных учреждений, НПО, частного сектора и организаций гражданского общества.

68. Создание эффективной системы раннего предупреждения и оповещения и принятие согласованных и эффективных мер реагирования на вспышку инфекционного заболевания является сложной задачей в любой стране мира. Это стало очевидным на примере трудностей, с которыми столкнулся Китай в ходе борьбы со вспышкой ТОРС в 2003 году и Республика Корея в ходе противодей-

ствия распространению БВРС в 2015 году. Эта задача становится особенно проблемной в таких наименее развитых странах, как Гвинея, Либерия и Сьерра-Леоне.

69. Группа пришла к выводу, что на национальном уровне для создания более эффективной системы мониторинга и выявления кризисов в области здравоохранения и реагирования на них необходимо принять следующие основные меры: a) реализовать основные возможности по ММСП и укрепить системы здравоохранения; b) создать эффективно действующий контингент работников здравоохранения; c) устранить проблемы в сфере государственного управления; d) улучшить взаимодействие с общинами; e) подготовить вооруженные силы для выполнения миссий в области здравоохранения и в гуманитарной сфере; f) обеспечить непрерывность функционирования основных служб здравоохранения; и g) учитывать гендерные аспекты в условиях кризисных ситуаций в области здравоохранения.

A. Реализация основных возможностей в соответствии с Международными медико-санитарными правилами и укрепление систем здравоохранения

70. Запоздалое реагирование на вспышку Эболы в Западной Африке позволило выявить серьезные недочеты в вопросах обеспечения готовности, осуществления эпидемиологического надзора и реагирования, которые по-прежнему отмечаются во многих развивающихся странах.

71. Существующая нормативно-правовая база, регулирующая международное сотрудничество в области борьбы с инфекционными заболеваниями, т.е. ММСП, требует, чтобы каждое из его 196 государств-участников создало определенные основные возможности для осуществления эпидемиологического надзора и принятия мер реагирования в связи со вспышками опасных новых патогенов и сообщило о них ВОЗ. Эти основные возможности затрагивают такие области, как национальное законодательство, политика и финансирование, координация и связь с национальными координаторами, эпидемиологический надзор, потенциал в области реагирования, обеспечение готовности, оповещение о рисках, кадровые ресурсы и лабораторное обслуживание.

72. Вспышка Эболы продемонстрировала, что в Западной Африке в отношении реализации основных возможностей по ММСП сохраняются серьезные проблемы. Однако в смысле отсутствия основных возможностей этот регион не одинок.

73. На сегодняшний день лишь каждое третье из 196 государств — участников ММСП сообщило о том, что в полном объеме выполнило требования к основным возможностям по ММСП. И это несмотря на то, что первоначальный крайний срок для их реализации продлевался дважды. Когда в 2007 году ММСП были введены в действие, первоначальный крайний срок для выполнения странами требований к основным возможностям был обозначен как июнь 2012 года. К этому времени лишь 42 из тогдашних 193 государств-участников объявили о том, что они отвечают этим требованиям; с учетом этого 118 государств-участников обратились с просьбой о продлении этого срока еще на двухгодичный период — до 2014 года, что и было сделано. В настоящее время 65 государств-участников (33 процента) заявили, что они выполнили

минимальные требования в отношении реализации основных возможностей, 84 (43 процента) обратились с просьбой о продлении этого срока еще на двухгодичный период и 44 (22 процента) не сообщили ВОЗ о ходе выполнения ими этих требований. В мае 2015 года Всемирная ассамблея здравоохранения продлила всем обратившимся с такой просьбой странам этот срок еще на двухгодичный период, передвинув крайний срок для выполнения требований ММСП в полном объеме на 2016 год.

74. Осуществление требований в отношении всех компонентов, предусматриваемых основными возможностями по ММСП, и охват, помимо столицы страны, других регионов являются важным этапом на пути к эффективному обеспечению готовности к кризисам в области здравоохранения и потенциала реагирования на них. Группа настоятельно призывает все страны обратить приоритетное внимание на создание необходимых возможностей и предлагает ряд механизмов по оказанию в этой связи содействия развивающимся странам. Вместе с тем Группа признает, что даже при значительной международной поддержке многим из 128 стран, не соблюдающих требования к основным возможностям по ММСП, будет трудно добиться из выполнения к 2016 году. Группа полагает, что при условии задействования механизмов поддержки более реалистичным и достижимым сроком является 2020 год.

Рекомендация 1
К 2020 году государства — участники ММСП при соответствующем международном содействии полностью соблюдают требования к основным возможностям по ММСП.

75. Для достижения этой цели понадобится наладить активное международное сотрудничество в деле обмена техническими специалистами и ресурсами. Многие страны, и особенно наименее развитые страны, будут нуждаться как в финансовой, так и в технической помощи. В этой связи Группа рекомендует создать механизм периодического обзора соблюдения требований к основным возможностям по ММСП в целях выявления проблем (см. рекомендацию 6), а также выделить дополнительные ресурсы для решения этих проблем (см. рекомендацию 23).

76. В то же время национальные власти должны также выполнять свои обязательства и выделять средства на осуществление постепенно наращиваемой долгосрочной внутренней стратегии распределения ресурсов для реализации основных возможностей, с тем чтобы в конечном итоге добиться обеспечения полного внутреннего финансирования действующей системы общественного здравоохранения, способной осуществлять эффективный эпидемиологический надзор и на ранних этапах выявлять вспышки заболеваний и реагировать на них. Благодаря внутреннему финансированию повысится уровень ответственности на местах и будет обеспечена долгосрочная устойчивость. Достижение поставленных в Абудже целей позволит выделить часть дополнительных государственных ресурсов на создание основных возможностей. В апреле 2001 года на совещании в Абудже главы государств Африканского союза обязались выделять по меньшей мере 15 процентов своих национальных бюдже-

тов на цели здравоохранения[3]. Спустя более чем 10 лет лишь несколько стран, входящих в Африканский союз, достигли поставленных в Абудже целей, что свидетельствует о том, что правительства многих стран с низким и ниже среднего уровнем дохода не уделяют приоритетного внимания расходам на сферу здравоохранения. В 12 странах с низким уровнем дохода государственные расходы на сферу здравоохранения составляют чуть более половины от целевого показателя, установленного в Абудже (8 процентов), что соответствует среднему показателю государственных расходов на цели здравоохранения в размере 12 долл. США на душу населения в год — сумме, которая слишком мала для того, чтобы обеспечить даже самый элементарный уровень обслуживания. В 2012 году государственные расходы на здравоохранение в Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне составили соответственно 9, 12 и 13 долларов США на человека. Это гораздо ниже целевого показателя, установленного Рабочей группой по вопросам глобальной безопасности в сфере здравоохранения в отношении финансирования здравоохранения, созданной Чатем-Хаус, которая рекомендовала предусматривать государственные расходы на цели здравоохранения в размере не менее 86 долл. США на душу населения (в долларах США по курсу 2012 года). Однако с учетом многочисленных финансовых потребностей наименее развитых стран Группа полагает, что они должны выделять дополнительные внутренние ресурсы на реализацию основных возможностей лишь в том случае, если их партнеры также предоставляют новые и дополнительные средства для этой цели. В этой связи необходимо создавать механизмы совместного финансирования.

77. Группа отмечает далее, что во многих странах ранее считалось, что выполнение требований к основным возможностям по ММСП относится к компетенции органов здравоохранения и поэтому не всегда получает надлежащее внимание со стороны глав государств и правительств. С учетом той важной роли, которая отводится основным возможностям по ММСП в деле обеспечения готовности к серьезным угрозам в области здравоохранения, процесс их реализации должен находиться под контролем глав государств или правительств.

78. Хотя соблюдение всех требований к основным возможностям по ММСП имеет важное значение, вспышка Эболы показала, что в области обеспечения готовности, осуществления эпидемиологического надзора, использования лабораторий и задействования людских (кадровых) ресурсов основное внимание следует уделять следующим направлениям деятельности.

1. Обеспечение готовности и реагирование

79. Во многих странах уровень готовности к вспышкам заболеваний крайне низок. Трудности связаны с тем, что не существует национальных планов действий в чрезвычайных ситуациях, отсутствуют специальные координационные структуры на случай чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения и не проводятся регулярные учения в рамках подготовки к реагированию на эпидемии. Нередко не хватает запасов медицинского оборудования и средств логистической поддержки. Перечни же медицинского персонала и сил реагирования, которые прошли надлежащую подготовку и могут быть мобилизованы в

[3] Абуджийская декларация, принятая 27 апреля 2001 года на Африканском саммите по ВИЧ/СПИДу, туберкулезу и другим связанным с ними инфекционным заболеваниям, который состоялся в Абудже.

случае чрезвычайной ситуации, часто оказываются устаревшими либо вообще отсутствуют.

80. Для повышения уровня готовности национальные правительства под руководством глав государств и правительств должны принять следующие меры:

- предусмотреть в национальных механизмах и планах по уменьшению опасности бедствий, обеспечению готовности к ним и реагированию на них планирование мер реагирования на кризисы в области здравоохранения
- задействовать все соответствующие заинтересованные стороны для определения потенциала и ресурсов, предназначенных для реагирования
- разработать планы борьбы с пандемией и проводить учения с участием всех соответствующих сил реагирования, включая сотрудников сил безопасности.

2. Эпидемиологический надзор

81. Ряд стран располагают также весьма ограниченными возможностями в плане осуществления эпидемиологического надзора и выявления заболеваний. Прошло более трех месяцев, прежде чем недавняя вспышка Эболы в Западной Африке была подтверждена, в то время как для выявления вируса в ходе предыдущих вспышек требовалось в среднем 44 дня. Что касается недавней вспышки в Западной Африке, то некоторые специалисты в области медицины предположили возникновение атипичной болезни, однако их подозрения не получили широкого распространения с учетом того, что появление Эболы в этом субрегионе не ожидалось[4] и что многие ее симптомы схожи с другими распространенными заболеваниями. Запоздалое подтверждение этого вируса подчеркивает наличие проблем, с которыми сталкиваются многие наименее развитые страны, не располагающие критической массой специалистов в области инфекционных заболеваний.

82. В Западной Африке качество действующих в режиме реального времени систем эпидемиологического надзора и механизмов сбора и представления эпидемиологических данных по всем слоям населения носит неравномерный характер. Страны региона, как правило, поручают выполнять функции по осуществлению регулярного эпидемиологического надзора медицинским учреждениям, действующим в рамках созданной ВОЗ системы комплексного эпидемиологического контроля и реагирования. Эпидемиологический надзор в рамках этой системы сосредоточен на ограниченном количестве приоритетных болезней и/или синдромов в целях выявления динамики в привязке ко времени и месту возникновения болезни. Хотя эта система ориентирована на объединение данных, на африканском континенте существует также ряд более вертикальных сетевых структур эпидемиологического надзора. К их числу относятся сети эпидемиологического надзора за полиомиелитом, гриппом, менинги-

[4] Однако по меньшей мере в одном из предыдущих исследований было установлено наличие у жителей затронутых стран антител к вирусу Эбола, хотя результаты этих исследований не получили широкого распространения в регионе или среди экспертов. Bernice Dahn and others, “Yes, we were warned about Ebola”, *New York Times*, 7 April 2015, доступно по адресу www.nytimes.com/2015/04/08/opinion/yes-we-were-warned-about-ebola.html?_r=0 (просмотрено 22 января 2016 года).

том, ротавирусными инфекциями и болезнями, которые можно предотвратить с помощью вакцин, такими как корь. Поскольку информация в них распространяется вертикально, она, как правило, не поступает в систему, действующую на национальном или региональном уровнях. Несмотря на фрагментированный характер информации, обусловленный таким сочетанием вертикальных и комплексных механизмов эпидемиологического надзора, в более чем половине стран Африки регулярно издаются национальные бюллетени, в которых публикуются сообщения с мест и приводятся совокупные данные о количестве случаев инфицирования и смерти, полученные от различных систем эпидемиологического надзора. В них сообщаются также данные о показателях эффективности работы, таких как оперативность информирования. В этих бюллетенях приводится обновленная информации о происходящих событиях в области здравоохранения и вспышках заболеваний, лабораторные отчеты и данные о текущих мерах реагирования, однако сообщаемая информация, как правило, варьируется по своему качеству, полноте и оперативности и зачастую может оказаться недостоверной. Например, в Гвинее каждый четвертый ребенок не имеет свидетельства о рождении, т.е. не действует основной механизм контроля за состоянием охраны здоровья населения, поскольку власти не располагают достаточными возможностями для регулярного сбора информации о рождаемости и смертности.

83. Группа отметила далее, что необходимо улучшить взаимосвязь между медицинскими и ветеринарными системами эпидемиологического надзора в соответствии с концепцией «Единое здравоохранение», поскольку, согласно оценкам, более половины всех инфекционных заболеваний человека носят зоонозный характер.

84. С учетом этого национальным правительствам необходимо укрепить свои национальные сети эпидемиологического надзора и во взаимодействии с партнерами обеспечить более эффективную интеграцию существующих сетей эпидемиологического надзора. Поскольку многие страны не обладают достаточным потенциалом, национальные правительства должны представлять также все данные, касающиеся аномальных событий в области здравоохранении директору соответствующего регионального бюро ВОЗ и ее Программе действий в связи со вспышками заболеваний и чрезвычайными ситуациями (центр ВОЗ по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них — см. рекомендацию 7), которые, в свою очередь, могут при необходимости предоставить экспертную консультационную помощь со стороны соответствующих квалифицированных специалистов.

85. Для повышения эффективности эпидемиологического надзора и контроля за заболеваниями национальным правительствам под руководством глав государств и правительств необходимо:

- создать в рамках концепции «Единое здравоохранение» механизм эпидемиологического надзора для сбора и анализа информации по вопросам здравоохранения почти в режиме реального времени с объединением данных по всем слоям общества
- обеспечить незамедлительное уведомление директоров региональных бюро ВОЗ и ее Программы действий в связи со вспышками заболеваний и чрезвычайными ситуациями (центр ВОЗ по обеспечению готовности к

чрезвычайным ситуациями и реагированию на них — см. рекомендацию 7).

3. Лабораторный потенциал

86. Хотя выявить необычные события в области здравоохранения можно с помощью первоначальных данных эпидемиологического надзора, для окончательного диагноза необходимо провести лабораторные анализы. Однако многие страны обладают крайне ограниченным лабораторным потенциалом. Во время недавней вспышки Эболы первые пробы направлялись для предварительного подтверждения в лаборатории с четвертым уровнем биобезопасности в Лион, Франция, и в Гамбург, Германия. Лабораторная диагностика в Гвинее была организована лишь после того, как в конце марта 2014 года были развернуты бригады из Института Пастера в Дакаре и Европейской мобильной лаборатории. Ограниченный доступ к лабораторным услугам и медленная обработка результатов анализов сдерживали эффективность мер реагирования, затрудняя анализ путей передачи и отслеживание контактов. Группе известно также о том, что одной из помех для оперативного проведения анализа нередко становится отсутствие заранее согласованных систем и протоколов транспортировки проб в лаборатории, особенно через границы.

87. Для укрепления своего лабораторного потенциала национальным правительствам необходимо:

- создать по меньшей мере одну национальную медицинскую лабораторию, оснащенную для проведения анализа биологических проб, либо в качестве альтернативы обеспечить доступ к совместным региональным лабораториям
- разработать национальную систему быстрой и безопасной транспортировки проб в соответствующие лаборатории, в том числе за границей.

4. Кадровые ресурсы

88. Три наиболее затронутые страны испытывали крайнюю нехватку в медицинских работниках и других квалифицированных специалистах в области реагирования (см. также рекомендацию 2). Когда вспышка Эболы начала разрастаться ускоренными темпами, были предприняты усилия для оперативного привлечения дополнительного персонала в поддержку мер реагирования — например, в качестве сотрудников, занимающихся отслеживанием контактов или организацией безопасных погребений, — и для обучения их выполнению соответствующих функций. Необходимо было также создавать механизмы для обеспечения оплаты услуг дополнительного персонала.

89. Несмотря на быстрые темпы обучения резервного потенциала, привлекаемого на временной основе, и создание административных структур для его обслуживания, было потеряно драгоценное время, необходимое для реагирования. В будущем страны должны заранее определять основной резервный потенциал в рамках своих национальных планов по обеспечению готовности и организовывать обучение персонала методам профилактики инфекций и инфекционного контроля, а также выполнению стандартных функций, связанных с реагированием на вспышки заболеваний. Резервный потенциал, предназначенный для национальных мер реагирования на чрезвычайные ситуации в об-

ласти здравоохранения, должен включать в себя кадровые ресурсы частной системы здравоохранения.

90. В целях укрепления своего контингента работников здравоохранения для чрезвычайных ситуаций национальным правительствам под руководством глав государств и правительств необходимо:

- разработать протоколы, определяющие порядок действий контингента для чрезвычайных ситуаций, с тем чтобы обеспечить его надлежащую защиту, обучение, оснащенность, оплату его труда и его безопасность
- сформировать контингент для чрезвычайных ситуаций путем обучения всех медицинских работников государственного и частного секторов действиям, предусмотренных протоколами для чрезвычайных ситуаций.

B. Формирование эффективно действующего контингента работников здравоохранения

91. Группа отмечает, что во многих развивающихся странах одной из ключевых проблем, мешающих внедрению функциональной системы эпидемиологического надзора и реагирования на вспышки заболеваний на уровне общин, является отсутствие квалифицированных медицинских работников.

92. В 2013 году в системе здравоохранения Гвинеи на каждые 10 000 жителей страны приходился один врач. В Либерии и Сьерра-Леоне этот показатель был еще более низким — соответственно 0,2 и 0,1 на 10 000 жителей. Следует отметить, что многие из этих врачей сосредоточены в столицах и крупных городах, в то время как менее крупные общины и сельские районы остаются без надлежащего доступа к медицинскому обслуживанию. Показатели во всех трех странах далеко не соответствуют минимальному стандарту, рекомендованному ВОЗ, согласно которому на 10 000 жителей должны приходиться по меньшей мере 23 врача, медсестры или акушерки[5].

93. Для повышения эффективности эпидемиологического надзора и контроля за новыми вспышками заболеваний необходимо обеспечить, чтобы работники здравоохранения могли выполнять эти функции. Чтобы добиться расширения географического охвата сети эпидемиологического надзора, необходимо на уровне общин, в том числе в сельских районах, осуществлять элементарный мониторинг заболеваний. В этой связи Группа полагает, что серьезным вкладом в укрепление эпидемиологического надзора может стать более широкое использование общинных медицинских работников. Хотя такие работники, как правило, не имеют формального медицинского образования, они могут быть обучены элементарным методам эпидемиологического надзора, что позволит им выявлять необычные события в области здравоохранения в их общинах и сообщать о них в ближайший медицинский центр. Затем расследованием таких случаев может заняться квалифицированный медицинский персонал. С учетом этого Группа решительно поддерживает инициативы, предусматривающие ши-

[5] В Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире за 2006 год был сделан вывод о том, что в странах, где плотность распределения работников здравоохранения (узких специалистов, медсестер и врачей) составляет менее 2,28 (±0,26), целевой показатель обеспечения квалифицированной акушерской помощи не достигается в 80 процентах случаев.

рокое развертывание общинных медицинских работников. Удовлетворение базовых потребностей каждой общины в медицинских работниках будет способствовать также укреплению систем здравоохранения в целом и организации профилактической медико-санитарной помощи и содействовать достижению всеобщего охвата медико-санитарными услугами.

Рекомендация 2
Правительства увеличивают инвестиции в подготовку медицинских специалистов и создают отвечающие условиям своих стран системы подготовки общинных медицинских работников.

- Национальные правительства и партнеры в полном объеме финансируют подготовку общинных медицинских работников.
- Для того чтобы обеспечить стратегическое распределение медицинских работников в бедных и удаленных районах, применяются комплексные меры стимулирования.
- Общинные медицинские работники признаются и интегрируются в качестве профессиональной категории с важными функциями в области профилактики, эпидемиологического надзора и реагирования.

94. В конечном итоге функционирование каждой системы эпидемиологического надзора и реагирования в области общественного здравоохранения зависит от системы здравоохранения в целом. В Западной Африке немногочисленному медицинскому персоналу, имевшемуся в наличии в период кризиса, вызванного Эболой, приходилось действовать, обладая лишь ограниченной подготовкой в области эпидемиологии инфекционных заболеваний и практически не располагая каким-либо медицинским оборудованием. Осуществление профилактики инфекций и инфекционного контроля было сорвано из-за нехватки элементарного инвентаря, такого как пластмассовые ведра и дезинфицирующие средства. В сельской местности было трудно найти основные лекарственные препараты, и, как правило, они оказывались для пациентов слишком дорогостоящими. Эта проблема усугублялась трудностями, характерными для инфраструктуры здравоохранения в целом. Например, Либерия располагала лишь ограниченным количеством машин скорой помощи, большинство из которых находились в столице Монровии. На ранних этапах развития вспышки многих пациентов с симптомами заболевания доставляли на такси или привозили члены семьи, что создавало серьезную опасность распространения инфекции. Отсутствие лабораторий и изоляторов означало, что больные и здоровые люди нередко размещались совместно в центрах временного содержания, что еще больше повышало возможность передачи заболевания. Принятию эффективных мер реагирования на национальном уровне мешало также слабое развитие государственной инфраструктуры, особенно в сельских районах. В связи с этим Группа признает, что для создания более надежных систем предотвращения кризисов в области здравоохранения и реагирования на них необходимо будет укрепить в развивающихся странах системы здравоохранения в целом.

C. Устранение проблем в сфере государственного управления

95. Кризис, вызванный Эболой, показал, что нередко после выявления вспышки правительства неохотно идут на то, чтобы объявить об этом публич-

но. Опасения, связанные с политическими и экономическими издержками, которые могут последовать после публичного объявления о вспышке заболевания, становятся для правительств мощным стимулом, заставляющим их принижать степень угрозы. Некоторые представители НПО сообщали Группе о том, что в первые месяцы развития вспышки Эболы правительственные чиновники обвиняли их в паникерских настроениях, утверждая, что НПО преувеличивают угрозу с целью увеличить объемы донорского финансирования. В одной из стран недооценке масштабов распространения заболевания способствовало решение сообщать лишь о случаях, подтвержденных в лабораторных условиях, несмотря на признаки, указывающие на наличие гораздо большего количества подозрений на инфекцию. Это резко отличается от ситуации в других странах, которые сообщали как о предполагаемых, так и подтвержденных случаях. Попытки задержать процесс уведомления и принизить степень распространения болезни свидетельствуют о том смятении и опасениях, которые нередко могут влиять на процесс принятия политических решений. Группе известно также о том, что правительства некоторых затронутых стран первоначально обращались к ВОЗ с просьбой предоставить помощь без публичного объявления ЧСЗМЗ. Напротив, Нигерия, Сенегал и Мали предприняли незамедлительные действия для объявления чрезвычайного положения и выработки эффективных мер сдерживания сразу после того, как был диагностирован случай заболевания. Принятие жестких, упреждающих политических решений, стимулирующих меры по обеспечению готовности и реагированию, — даже в тех случаях, когда система здравоохранения располагает ограниченным потенциалом, — может способствовать предотвращению эскалации вспышки и спасению многих жизней.

96. Осуществлению ключевых аспектов мер реагирования на вспышку Эболы мешали также проблемы, связанные с государственным управлением и координацией. Консультации, проведенные Группой с национальными и международными силами реагирования, показали, что на ранних этапах кризиса отсутствовала ясность в отношении того, какие структуры в национальной администрации отвечали за координацию мер реагирования и какие организации должны были принимать участие в соответствующих совещаниях. В отдельных случаях процесс принятия решений замедлялся из-за межведомственного соперничества и нечеткого порядка субординации между министерством здравоохранения, национальным координатором по Эболе и структурами, созданными международными партнерами. В некоторых случаях существующие национальные структуры реагирования в случае бедствий не использовались и вместо этого создавались новые структуры. Во всех трех затронутых странах ответственность за общую координацию мер реагирования менялась по меньшей мере однажды. Кроме того, чтобы воспроизвести координационные структуры, созданные на столичном уровне, в национальных масштабах, понадобилось несколько месяцев.

97. Вместе с тем Группе неоднократно приходилось также слышать от всех соответствующих сторон, что уровень координации и эффективности мер реагирования резко возрастал после твердого проявления политической решимости и непосредственной руководящей роли со стороны главы государства в каждой затронутой стране.

98. Необходимо добиваться, чтобы в соответствии с руководящими принципами ММСП после обнаружения вспышки заболевания об этом без всякого по-

литического вмешательства оперативно уведомлялась ВОЗ. Крайне важно также, чтобы для противодействия кризису быстро создавались эффективные механизмы регулирования кризисных ситуаций. В целях повышения транспарентности и усложнения возможностей сокрытия информации о вспышке заболевания Группа рекомендует осуществлять — в рамках национальных механизмов уменьшения опасности бедствий, обеспечения готовности к ним и реагирования на них — планирование мер на случай кризисов в области здравоохранения, а также регулярный эпидемиологический надзор с участием представителей различных министерств и НПО.

D. Улучшение взаимодействия с общинами

99. В рамках принятия мер реагирования на кризис в области здравоохранения взаимодействие с общинами играет решающую роль. По мнению Группы, в ходе первоначального реагирования на вспышку Эболы в каждой затронутой стране надлежащим образом не учитывался местный культурный контекст и меры по проведению разъяснительной работы в общинах на ранних этапах были в значительной мере неэффективными. Хотя в самом начале развития этой вспышки ВОЗ и другие откликнувшиеся учреждения направили специалистов по взаимодействию с общинами и социологов, первоначальная недооценка масштабов эпидемии привела к тому, что предпринятых на ранних этапах усилий к тому, чтобы понять настроение общин и обеспечить взаимодействие с местным населением и лидерами общин, оказалось недостаточно.

100. Кроме того, разъяснительная работа среди общин зачастую носила однобокий характер и была направлена на то, чтобы донести информацию, вместо того чтобы признать законную озабоченность, высказываемую местным населением, и взаимодействовать с ним в целях ее устранения. Силы реагирования нередко взаимодействовали с узким кругом местных партнеров, в частности с местными правительственными чиновниками, игнорируя возможности для взаимодействия со всем спектром местного общества, включая традиционных лидеров, религиозных деятелей, женщин, молодежь и других представителей общественности. Эти проблемы усугублялись отсутствием доверия между местными общинами и центральным правительством и иностранцами, что, в свою очередь, мешало осуществлению представителями правительства или международными сторонами программ, направленных на изменение сложившихся моделей поведения. Такая ситуация вела к возникновению так называемого сопротивления общин, в ходе которого некоторые общины пассивно, активно, а в некоторых случаях и с применением насилия, пытались избежать контактов с медицинскими работниками.

101. Связь с общественностью была также первоначально неэффективной, а во многих случаях даже контрпродуктивной. Например, на ранних этапах в рамках налаживания связи с общественностью предпринимались попытки добиться изменения моделей поведения посредством упора на информацию о высоких показателях смертности от Эболы и на отсутствии методов лечения. Вместо стимулирования инфицированных к тому, чтобы не бояться признать наличие у себя этого заболевания, такое информирование заставляло многих лиц с подозрением на инфицирование избегать тестирования и приводило к тому, что семьи прятали своих больных. О методах профилактики и реагирования широко распространялись слухи и ложные сведения, для борьбы с которыми меха-

низмы связи с общественностью пытались противопоставить точную информацию.

102. В связи с тем что в период с июля по октябрь 2014 года количество случаев инфицирования резко возросло, силы реагирования сосредоточили свое внимание на медицинских и эпидемиологических аспектах этой вспышки, а не на улучшении взаимодействия с общинами. Некоторые общинные организации сообщали о том, что на начальном этапе реагирования было трудно найти финансирование для проектов, которые не предусматривали строительство лечебных центров. Кроме того, отсутствовали необходимые исследования и кадры в области социологии, которые бы способствовали разработке деликатных подходов к реагированию, а недостаточное внимание к мониторингу и оценке взаимодействия с общинами затрудняло принятие мер по внесению необходимых коррективов.

103. Как и в случаях со вспышками H1N1 и H5N1, в наиболее затронутых странах важную роль в конечном итоге сыграло взаимодействие с общинами. Группе неоднократно доводилось слышать о том, что прогресс наметился лишь после того, как в рамках проведения в общинах разъяснительной работы стали предприниматься усилия по налаживанию взаимодействия конкретно с традиционными лидерами и местными группами гражданского общества. По мере осознания проблемы растущего в общинах сопротивления организации перенесли все усилия на то, чтобы лучше понять культурный контекст кризисной ситуации, охватить соответствующие общины, добиться заинтересованности общин и проявления ими ответственности и стимулировать общины к определению своих приоритетов и задач. Широкое привлечение представителей общественных наук, в частности антропологов, региональных экспертов и статистиков, через посредство ряда официальных и неофициальных сетей способствовало тому, чтобы силы реагирования лучше понимали местные культурные традиции и социальные процессы, которые играли важную роль в распространении эпидемии. К ним относятся обряды погребения, высокий уровень миграции местного населения и история конфликтов, которая привела к глубокому недоверию к посторонним лицам, включая представителей международного сообщества, и в некоторых случаях к представителям правительства.

104. Улучшилось также информирование общественности. Например, вместо того чтобы подчеркивать высокую смертность от Эболы, в новых сообщениях поощрялось лечение на ранних стадиях в целях повышения шансов на выздоровление. Вместе с тем наличие большого количества организаций, задействованных на более поздних этапах реагирования, затрудняло координацию информационных сообщений, используемых методик и подходов к связям с общественностью. Это, в свою очередь, вело к появлению множества информационных сообщений, отличающихся друг от друга по степени эффективности.

105. В этой связи Группа полагает, что национальные и международные силы реагирования должны разработать механизмы налаживания систематического взаимодействия с местными общинами в рамках принятия мер по обеспечению готовности к кризисным ситуациям и реагированию на них в будущем.

Рекомендация 3
Правительства и силы реагирования укрепляют и упорядочивают свое взаимодействие с общинами и содействуют развитию чувства ответственности и доверия на местах.

- Национальные органы власти и партнеры поддерживают развитие и использование национального потенциала в области социологических исследований, а также международной сети социологов с готовностью к мобилизации в кризисной ситуации.
- Принципы эффективного взаимодействия с общинами отражены во всех программах подготовки национальных и международных сил реагирования.
- Национальные органы власти и партнеры используют потенциал сотрудничества по линии Юг-Юг в этой области.
- Разрабатываются стратегии в области коммуникации с должным учетом культурного контекста.

E. Подготовка вооруженных сил для выполнения миссий в области здравоохранения и в гуманитарной сфере

106. Как показала эпидемия Эболы, вооруженным силам и другим силам безопасности отводится потенциально важная роль в качестве крайней меры в ходе реагирования на кризисы в области здравоохранения. В дополнение к развертыванию крупного контингента вооруженных сил Соединенных Штатов и не столь многочисленных подразделений сил Соединенного Королевства и Франции ключевые роли в реагировании, осуществлявшемся в Либерии и Сьерра-Леоне, играли также национальные вооруженные силы. С учетом трудностей, с которыми столкнулись национальные министерства здравоохранения, правительства этих двух стран призвали свои вооруженные силы оказать поддержку медицинскому и гуманитарному персоналу, участвующему в процессе реагирования. В Сьерра-Леоне, после того как в августе 2014 года на Министерство обороны были возложены функции Национального координатора по реагированию на Эболу, вооруженные силы возглавили также усилия по обеспечению реагирования на кризис в области здравоохранения. Опыт привлечения вооруженных сил в Либерии и Сьерра-Леоне служит четким уроком для реагирования на кризисы в области здравоохранения в будущем. Для максимально эффективного использования сил безопасности при развертывании в условиях кризиса в области здравоохранения или в гуманитарной сфере необходимо обеспечить профессиональную подготовку, распространение стандартов в области прав человека и регулярное проведение учений. Кроме того, военный и гражданский персонал должен действовать совместно в целях улучшения взаимопонимания между ними и повышения степени готовности.

107. Одно из основных направлений использования вооруженных сил и других сил безопасности заключалось в обеспечении соблюдения режима карантина. Разделение контингентов населения по степени вероятности подверженности той или иной болезни и потенциальной заболеваемости и инфекционности является важным инструментом общественного здравоохранения, особенно в отсутствие профилактических вакцин и медицинских терапевтических средств.

Однако такие ограничения свободы должны вводиться в условиях обеспечения транспарентности и справедливости и при наличии соответствующих механизмов медицинской и социальной поддержки. В то же время Группа пришла к выводу, что в отсутствие надлежащей подготовки в области прав человека применение военизированных мер реагирования на кризис, вызванный Эболой в 2014 году, включая обеспечение вооруженными силами соблюдения режима карантина, не всегда вело к укреплению доверия, а в некоторых случаях даже подрывало меры реагирования, особенно после связанных с введением карантина столкновений между либерийскими вооруженными силами и гражданским населением в районе Вест-Пойнта в Монровии, в результате которых один человек погиб. Кроме того, наследие конфликтов в наиболее затронутых странах оставило в памяти населения устоявшиеся страхи в отношении сил безопасности, что в ряде случаев подрывало эффективность их действий.

F. Обеспечение непрерывности функционирования основных служб здравоохранения

108. Некоторые представители сил реагирования отмечали, что уделение внимания только мерам реагирования на Эболу привело к прекращению функционирования многих основных видов социального обслуживания, включая проведение кампаний по вакцинации. В Либерии, например, во время вспышки Эболы было прекращено проведение обычной иммунизации от кори, что поставило под угрозу жизни тысяч детей в случае возникновения новой вспышки кори. Направление большей части ресурсов здравоохранения на борьбу с Эболой сказалось также на оказании других видов медицинского обслуживания, в частности на лечении малярии и диарейных заболеваний. Результаты проведенного в Гвинее исследования показали, что из-за эпидемии Эболы в 2014 году в масштабах всей страны остались без лечения 70 000 человек, заболевших малярией. Кроме того, в значительной степени было приостановлено оказание медицинских услуг в дородовый и послеродовый периоды для женщин, в связи с чем появилось много сообщений о том, как беременных женщин не принимали в медицинских учреждениях. По некоторым сообщениям, число жертв, обусловленных другими медицинскими последствиями вспышки Эболы, по всей вероятности, превышает число жертв самой эпидемии. В этом контексте крайне важно обеспечить, чтобы во время вспышки заболевания население продолжало иметь доступ к безопасному первичному медико-санитарному обслуживанию.

G. Учет гендерных аспектов в условиях кризисных ситуаций в области здравоохранения

109. Опыт, в том числе с эпидемией Эболы в 2014 году, неизменно свидетельствует о том, что кризисы в области здравоохранения чреваты особыми и серьезными последствиями с точки зрения гендерной принадлежности, что может в значительной степени влиять на обеспечение готовности и реагирование. Для эффективного реагирования чрезвычайно важно понимать и обращать внимание на потенциальные последствия вспышки заболевания с учетом гендерных аспектов.

110. На протяжении всего кризиса женщины в большей степени подвергались опасности заражения вирусом, выполняя свои обязанности по уходу и участвуя в обрядах погребения, в то время как мужчины в большей степени подвергались опасности заражения, выполняя формализованные функции в рамках реагирования. Кроме того, беременные женщины, инфицированные вирусом Эбола, подвергались гораздо большей опасности умереть от этой болезни, а если они выживали, то почти всегда теряли ребенка в утробе матери. Хотя основные силы реагирования на местном уровне занимались сбором данных о гендерных, возрастных или других ключевых демографических характеристиках, это крайне важная информация зачастую не передавалась на национальный или международный уровень или передавалась гораздо позже. В результате этого силы реагирования были не в состоянии определить клиническую картину инфекции или разработать стратегии реагирования на нее. Эти недостатки еще раз подчеркивают необходимость в создании платформ с технологией обработки данных, которые позволяют в режиме реального времени отслеживать статистические данные и обмениваться информацией.

111. Женщины также в большей степени страдали от социально-экономических последствий Эболы в целом. В наиболее затронутых странах женщины чаще были заняты в неформальном секторе, на состоянии которого серьезно сказались закрытия рынков и других публичных мест. В результате закрытия школ во время кризиса, вызванного вспышкой Эболы в 2014 году, на женщин легли дополнительные обязанности по уходу за детьми. Кроме того, негативные экономические последствия кризиса усугубили опасность того, что женщины в большей степени станут подвергаться сексуальной эксплуатации в связи с тем, что их предыдущие стратегии получения доходов стали терять свою актуальность. К тому же, как отмечалось ранее, выделение уже и без того скудных ресурсов в области здравоохранения на цели борьбы с Эболой подрывало оказание медицинских услуг в других критически важных сферах здравоохранения, включая обеспечение ухода в дородовый и послеродовый периоды, родовспоможение и проведение иммунизации в детском возрасте.

112. Принятие любых мер в связи с этими проблемами во время кризиса, вызванного вспышкой Эболы в 2014 году, было затруднено недопредставленностью женщин на всех уровнях национального и международного реагирования, что привело к уменьшению участия женщин в процессе принятия решений. На местном уровне лишь небольшое число женщин нанято в качестве лиц, отслеживающих контакты, либо специалистов по взаимодействию с общинами, и еще меньшее их число было задействовано на более высоких уровнях реагирования. Группы по обеспечению взаимодействия с общинами также меньше сотрудничали с женщинами, чем с мужчинами, поскольку их основными партнерами были официальные посредники, такие как традиционные лидеры и должностные лица местных органов управления, которыми, как правило, являются мужчины. Учет гендерных аспектов при формировании бригад реагирования местного уровня, включая лиц, отслеживающих контакты, и сотрудников по взаимодействию с общинами, мог бы способствовать повышению информированности женщин и обеспечению их участия.

Рекомендация 4
В рамках усилий по обеспечению готовности к вспышкам заболеваний и реагированию на них необходимо учитывать и рассматривать гендерные аспекты.

- Поскольку женщины, как правило, выполняют основные обязанности по уходу, удовлетворению их потребностей необходимо уделять особое внимание.
- В рамках усилий по устранению экономических последствий пандемий и их последствий для обеспечения средств к существованию уделяется внимание положению женщин.
- Для обеспечения эффективности и целесообразности мер реагирования женщины должны принимать участие на всех уровнях планирования и оперативной деятельности.

III. Региональный и субрегиональный уровни

113. Ряд региональных и субрегиональных организаций приняли решение поддержать меры реагирования на вспышку Эболы в 2014 году. Особенно следует отметить, что 19 августа 2014 года Совет мира и безопасности Африканского союза санкционировал развертывание осуществляемой под руководством Африканского союза военно-гражданской гуманитарной миссии, в состав которой вошли врачи, медсестры и другие медицинские работники и вспомогательный медицинский персонал. В период с декабря 2014 года по май 2015 года Механизм Африканского союза по содействию борьбе во вспышкой Эболы в Западной Африке оказал поддержку в развертывании 720 квалифицированных добровольцев из 12 государств — членов Африканского союза. Ценный опыт принесли с собой врачи и сотрудники, участвовавшие в реагировании на предыдущие вспышки Эболы. Кроме того, Африканский союз провел ряд политических совещаний, с тем чтобы подчеркнуть необходимость в оказании помощи, заявить о поддержке отмены запретов и ограничений в отношении поездок и обратиться к Комиссии Африканского союза с просьбой создать африканский центр по контролю и профилактике заболеваний. Африканский союз организовал также совещание «за круглым столом» предпринимательских кругов стран Африки с участием частного сектора, на котором были собраны 32 млн. долл. США, поступивших от представителей частного бизнеса и Африканского банка развития, и провел работу с операторами мобильной телефонной связи для сбора частных пожертвований, отправляемых с помощью СМС-сообщений. Банк выделил также к декабрю 2014 года свыше 223 млн. долл. США на поддержку чрезвычайных операций в трех затронутых Эболой странах.

114. Для оказания содействия затронутым странам Экономическое сообщество западноафриканских государств (ЭКОВАС) развернуло дополнительно 115 медицинских работников и других специалистов в области реагирования. Кроме того, ЭКОВАС созвало Чрезвычайную встречу на высшем уровне по Эболе и учредило Фонд солидарности ЭКОВАС для борьбы с Эболой, благодаря которому было собрано свыше 7 млн. долл. США в виде взносов. В дополнение к этому Организация здравоохранения Западной Африки и Комиссия

ЭКОВАС провели для медработников учебно-просветительские мероприятия по вопросам профилактики инфекций и инфекционного контроля.

115. Союз государств бассейна реки Мано организовал проведение регулярных встреч на высшем уровне с участием глав государств и его четырех стран-участниц (Гвинея, Кот-д'Ивуар, Либерия и Сьерра-Леоне) для обсуждения вопроса о расширении сотрудничества в области реагирования на Эболу. Союз государств бассейна реки Мано создал также механизм по осуществлению регионального плана восстановления для трех затронутых стран, который был представлен на Международной конференции по преодолению последствий Эболы, состоявшейся в начале июля 2015 года в Нью-Йорке.

116. Хотя поддержка, оказанная региональными и субрегиональными организациями, стала результатом значительного укрепления их взаимодействия и оперативного потенциала в секторе здравоохранения, для оказания этой помощи, тем не менее, потребовалось много времени и она не всегда координировалась. Именно поэтому вспышка Эболы подчеркнула необходимость укрепления регионального сотрудничества в области общественного здравоохранения. Несмотря на то, что основная ответственность за осуществление эпидемиологического надзора и выявление вспышек заболеваний и реагирования на них возлагается на национальный уровень, значительную пользу по ряду направлений деятельности сулит сотрудничество на региональном и субрегиональном уровнях.

117. Региональный подход позволяет провести более комплексный анализ региональных процессов, включая характер перемещения населения, динамику возникновения очагов заболеваний и степень необходимости в мерах реагирования. Такой подход может способствовать обоснованию решений относительно наиболее эффективного распределения средств реагирования между странами. Например, учреждение МООНЧРЭ в качестве региональной миссии позволило осуществить трансграничное распределение финансовых ресурсов и средств реагирования.

118. Региональное сотрудничество может способствовать повышению эффективности трансграничного эпидемиологического надзора, мониторингу случаев заболеваний и отслеживанию контактов посредством обеспечения регулярного обмена информацией между официальными сотрудниками системы общественного здравоохранения по обе стороны границы. Группе известно о том, что на ранних этапах реагирования на вспышку Эболы трансграничный обмен информацией осуществлялся не на должном уровне. Региональное сотрудничество может также способствовать снижению расходов на меры эпидемиологического надзора на границах либо уменьшению необходимости в таких мерах посредством разработки региональных протоколов и стандартов для пограничного эпидемиологического надзора.

119. Региональные или субрегиональные объединения стран могут также обмениваться основными ресурсами, необходимыми для обеспечения готовности или реагирования, такими как лаборатории, результаты медицинских исследований и разработок или средства медицинской эвакуации лиц, участвующих в реагировании на кризисные ситуации. Высокая стоимость этих ресурсов может затруднить их использование в одной стране, однако организация их использования на основе совместного несения расходов на региональном или субрегиональном уровнях может сделать их доступными для всех участвующих стран.

120. Региональные организации могут также играть важную роль в предоставлении экспертной помощи и средств реагирования, которые адаптированы к местным условиям.

121. Эти преимущества могут также использоваться региональными организациями в других контекстах. В Азии Ассоциация государств Юго-Восточной Азии сыграла важную роль в принятии региональных мер реагирования в связи с ВИЧ/СПИДом, БВРС и гриппом H5N1, в том числе посредством совместного обсуждения с фармацевтическими компаниями возможностей снижения цен на лекарственные препараты для борьбы с ВИЧ. В Европе основное внимание было обращено на необходимость создания общих ресурсов, в результате чего Европейский союз учредил Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний для анализа данных эпидемиологического надзора, консультирования, проведения профессиональной подготовки, обеспечения готовности и организации выездов экспертов на места в случаев вспышки заболевания. В связи со вспышкой Эболы Европейский союз и его государства-члены формируют также совместный кадровый потенциал реагирования посредством создания резерва экспертов по вопросам медицины и логистики, обладающих опытом реагирования на кризисные ситуации. В Латинской Америке и Союз южноамериканских наций, и члены Общего рынка стран Южного конуса подтверждают важность технической и оперативной помощи, которую региональные организации могут предоставить своим членам для устранения угроз в области общественного здравоохранения.

122. Исходя из этого Группа считает, что региональные организации должны разрабатывать или укреплять постоянный кадровый потенциал для оказания помощи в предотвращении кризисов в области здравоохранения и реагировании на них с уделением особого внимания направлениям деятельности, где его задействование может принести значительную пользу для мер реагирования, принимаемых на национальном уровне.

Рекомендация 5
Региональные и субрегиональные организации создают или укрепляют постоянный кадровый потенциал для мониторинга и предотвращения кризисов в области здравоохранения и реагирования на них при поддержке ВОЗ. Это предполагает:

- более жесткую проработку региональных планов действий в связи с чрезвычайными ситуациями и планов по обеспечению готовности к кризисам в области здравоохранения, а также заблаговременную подготовку соглашений о материально-технической поддержке в случае чрезвычайных ситуаций и соответствующих медицинских лицензионных соглашений, которые могут быть оперативно задействованы в случае возникновения кризиса в области здравоохранения
- административное обслуживание и использование совместного регионального потенциала в области предотвращения бедствий и реагирования на чрезвычайные ситуации, в том числе передовых лабораторий по проблемам биобезопасности
- укрепление регионального исследовательского потенциала и взаимодействия

- ведение реестра медицинских экспертов и сил реагирования для оперативного регионального развертывания
- содействие обмену опытом и извлеченными уроками между региональными партнерами
- ведение при поддержке ВОЗ общепринятого перечня патогенов, создающих угрозу возникновения кризисов в области здравоохранения в регионе
- создание регионального механизма обновления и поддержки ММСП в целях обеспечения соблюдения их требований в регионе
- содействие проведению региональных и субрегиональных учений по реагированию на кризисы в области здравоохранения, особенно в приграничных районах.

IV. Международный уровень

123. Вспышка Эболы в 2014 году подчеркнула серьезные недостатки в международной системе выявления кризисов в области здравоохранения, вызванных инфекционными заболеваниями, и реагирования на них. На сегодняшний день только меньшинство стран создали основные возможности, прописанные в ММСП, для обеспечения мониторинга новых вспышек заболеваний и раннего оповещения о них. Механизм обзора ММСП является недостаточным, а международные ресурсы, предназначенные для содействия обеспечению основных возможностей, не выделяются в требуемых объемах. Из-за нехватки потенциала мир становится более подверженным вспышкам заболеваний. Но даже после того как вспышка Эболы была подтверждена и информация об этом стала достоянием общественности, меры реагирования на глобальном уровне принимались слишком медленными темпами и наталкивались на серьезные трудности в отношении предоставления финансовых и людских ресурсов и обеспечения координации.

124. С учетом этого Группа отмечает, что необходимо принять безотлагательные меры в целях укрепления глобального потенциала для оперативного выявления кризисов в области здравоохранения и реагирования на них. Это предполагает создание нового механизма обзора соблюдения требований к основным возможностям по ММСП, укрепление оперативного потенциала ВОЗ и повышение согласованности мер реагирования на кризисы в области здравоохранения в рамках всей системы Организации Объединенных Наций.

A. Укрепление во Всемирной организации здравоохранения механизма периодического обзора соблюдения требований к основным возможностям, предусмотренным в Международных медико-санитарных правилах

125. Международные медико-санитарные правила являются основой, определяющей основные возможности, которые необходимы для эффективного предотвращения вспышек инфекционных заболеваний, обеспечения готовности к ним, осуществления эпидемиологического надзора в связи с ними и их выявления. Несмотря на наличие ряда причин, объясняющих высокие показа-

тели невыполнения этих требований государствами-участниками, включая отсутствие финансового и технического потенциала и необходимость определения приоритетности в равной степени важных проблем в области здравоохранения, нельзя не отметить, что механизм контроля и обеспечения соблюдения требований ММСП является слабым. Эта слабость проявляется следующим образом. Во-первых, отчетность о соблюдении требований основывается исключительно на самооценке государств-участников и ММСП в настоящее время не имеют какого-либо адекватного механизма для рассмотрения отчетов о соблюдении требований. Во-вторых, ММСП не предусматривают предоставления финансовой помощи или иной поддержки для реализации основных возможностей. В-третьих, отсутствуют санкции за невыполнение требований.

126. Правовая база ММСП еще более ослабляется в связи с тем, что они относительно мализвестны многим должностным лицам в сфере здравоохранения и развития. В ходе проведенных ею обсуждений Группе стало известно о том, что некоторые главы государств и правительств не знали о существовании ММСП и о предусматриваемых ими обязательствах. К тому же, содержащиеся в ММСП требования не всегда находят отражение в программах в области здравоохранения, разрабатываемых национальными правительствами, партнерами и даже ВОЗ.

127. В связи с этим следует отметить, что соблюдение соответствующих стандартов качества в области ветеринарного обслуживания, предусматриваемых Всемирной организацией по охране здоровья животных, контролируется посредством проведения независимых и внешних оценок. Поэтому стандарты обзора соблюдения требований в области ветеринарного обслуживания значительно более жесткие, чем в области охраны здоровья населения. Это является неприемлемым.

128. По мнению Группы, соблюдение требований к основным возможностям по ММСП имеет слишком важное значение, чтобы полностью полагаться на систему самоотчетности. Необходим более объективный процесс обзора. В этой связи Группа рекомендует создать механизм периодического обзора соблюдения требований к основным возможностям по ММСП в рамках Всемирной ассамблеи здравоохранения (или в рамках специально учрежденного комитета Ассамблеи). Для стран, подлежащих обзору, ежегодные самооценки соблюдения требований будут дополняться оценкой, проводимой секретариатом ВОЗ. Затем оба доклада о результатах оценки будут обсуждаться на заседаниях Всемирной ассамблеи здравоохранения (или назначенного ею комитета), где другим государствам-участникам будет предоставлена возможность высказать свои замечания. Этот процесс завершается разработкой плана действий со сметой расходов по устранению любых выявленных недочетов в плане соблюдения требований.

129. Механизм обзора должен предусматривать не введение санкций, а поощрение обеспечения информированности и выполнения требований. С учетом того, что беднейшие страны мира в наибольшей степени подвержены вспышкам заболеваний, одной из особенно приоритетных задач в этих странах является создание эффективного потенциала в области эпидемиологического надзора. Однако Группа полагает неразумным требовать от стран с очень ограниченными ресурсами внедрения жестких и дорогостоящих систем эпидемиологического надзора и раннего обнаружения без предоставления финансовой

и/или технической помощи и считает, что предпринимавшиеся ранее попытки добиться этого были безуспешными.

130. В целях более эффективного стимулирования вовлечения всех государств-участников в процесс периодического обзора необходимо увязывать обзоры с гарантиями предоставления финансовой и технической помощи для устранения, когда это необходимо, недочетов, обозначенных в плане действий со сметой расходов (см. рекомендацию 23).

131. Благодаря согласованным усилиям национальных правительств и их партнеров, направленным на укрепление основных возможностей, предусмотренных ММСП, и процессу проведения обзора полное выполнение требований к основным возможностям по ММСП может быть достигнуто к 2020 году.

132. Существует тесная взаимосвязь между соблюдением требований к основным возможностям по ММСП и совершенствованием систем здравоохранения в целом. Группа рекомендует, чтобы после обеспечения выполнения страной требований к основным возможностям по ММСП процесс обзора был расширен и предполагал повышение функциональности систем здравоохранения в целом на основе методических указаний ВОЗ.

Рекомендация 6
ВОЗ более строго подходит к проведению периодического обзора соблюдения требований к основным возможностям по ММСП.

- Государства-участники в консультации с негосударственными субъектами предоставляют секретариату ВОЗ в письменной форме ежегодную оценку хода реализации ими основных возможностей по ММСП.
- Каждая страна на основе ротации подвергается периодическому обзору, при этом в течение четырехлетнего периода обзор проходят все государства — участники ММСП.
- В отношении стран, подвергаемых обзору, ВОЗ организует проведение в полевых условиях независимой оценки соблюдения требований к основным возможностям по ММСП и, если это возможно, осуществляет координацию с проведением других обзоров.
- Результаты как проводимой страной самооценки, так и оценки, организованной ВОЗ, представляются Всемирной ассамблее здравоохранения (или комитету, созданному Ассамблеей) для обсуждения.
- Во время обзора старшему представителю страны предлагается высказать свои замечания по обоим докладам. Другим членам Всемирной ассамблеи здравоохранения также предоставляется возможность высказать свои замечания.
- Не позднее трех месяцев после заседания секретариат ВОЗ разрабатывает по результатам состоявшихся обсуждений план действий со сметой расходов для каждой страны, используя для этого методику калькуляции расходов ВОЗ.
- На основе обзора секретариат ВОЗ составляет публичный доклад о ходе реализации основных возможностей по ММСП в мире и намечает стратегию реализации с изложением потребностей в международной помощи.

- После того как государство-участник обеспечивает полное соблюдение требований к основным возможностям по ММСП, процесс периодического обзора расширяется и предполагает проведение более общей оценки системы здравоохранения этой страны на основе методических указаний, которые должны быть разработаны ВОЗ. Такая оценка предусматривает повторный обзор соблюдения требований к основным возможностям по ММСП.

B. Укрепление оперативного потенциала Всемирной организации здравоохранения

133. В ходе расследований, проведенных Группой высокого уровня по глобальному реагированию на кризисы в области здравоохранения и Группой по промежуточной оценке Эболы, а также в рамках других обзоров было установлено, что и с принятием мер реагирования на вспышку Эболы, и с объявлением ЧСОЗМЗ имелись значительные задержки. ВОЗ с самого начала не смогла точно оценить масштабы вспышки и связанные с ней угрозы дальнейшего распространения заболевания. Несмотря на многочисленные предупреждения, поступавшие в том числе от организации «Врачи без границ», ВОЗ продолжала преуменьшать масштабы угрозы и объявила ЧСОЗМЗ с опозданием. Группа считает, что значительное укрепление потенциала реагирования ВОЗ является насущной необходимостью.

134. В ходе проведенных Группой слушаний было установлено, что принятие ВОЗ недостаточных мер на ранних этапах после того, как была зарегистрирована вспышка Эболы, и несвоевременное объявление ЧСОЗМЗ были обусловлены целым рядом факторов.

135. Во-первых, из-за недостатка достоверных данных ВОЗ и другие стороны недооценили масштабы вспышки заболевания. ВОЗ не в полной мере учла тот факт, что значительное число первых случаев заражения вирусом Эбола не были зарегистрированы и что принятых на раннем этапе мер реагирования было крайне недостаточно. В частности, сообщается, что в середине апреля 2014 года в Гвинее власти следили за состоянием здоровья лишь 67 из 390 человек, которые, как было известно, контактировали с заразившимися Эболой лицами. Кроме того, на тот момент определение контактировавшего с больным лица было крайне узким: оно включало лишь близких родственников и не охватывало целую группу других лиц, которые могли контактировать с заболевшим. Всеобщее нежелание привлекать местное население и реагировать на ситуацию, а также решение одной затронутой страны сообщать только о случаях, подтвержденных лабораторно, также стали факторами, помешавшими сформировать верное представление об истинных масштабах этой чрезвычайной ситуации. Опираясь на опыт, накопленный при ликвидации вспышек заболеваний в прошлом, все из которых были локализованы прежде, чем число заболевших достигло 400 человек, принимавшие ответные меры структуры неверно предположили, что вспышка болезни «прекратится сама по себе» в течение нескольких недель. Именно из-за этого предположения ВОЗ и другие принимавшие ответные меры структуры отнеслись к ситуации настолько спокойно.

136. Во-вторых, из-за недавних сокращений бюджета возможности ВОЗ в плане реагирования на чрезвычайные ситуации были ограниченны. Возможности ВОЗ реагировать на чрезвычайные ситуации зависят исключительно от добровольных взносов. Из-за мирового финансового кризиса объем добровольных взносов в фонды ВОЗ уменьшился на 500 млн. долл. США. Усугублению ситуации способствовало также влияние курсов валют: покупательная способность ресурсов организации, основная часть которых — доллары США, с 2006 года уменьшилась на треть. Эти сокращения особенно ощутимо сказались на возможностях организации в плане подготовки, осуществления наблюдения и реагирования на вспышки заболеваний: расходы сократились более чем на 50 процентов (с 469 млн. долл. США в 2012/13 году до 228 млн. долл. США в 2014/15 году), а в штаб-квартире и Региональном отделении для Африки, которое курирует затронутые Эболой страны, были произведены существенные сокращения штата. Директор Регионального отделения для Африки сообщил Группе, что объем бюджетных ассигнований для Отделения был сокращен с 26 млн. долл. США в 2010/11 году до 11 млн. долл. США в 2014/15 году. Из-за этого Региональное отделение было вынуждено сократить число своих специалистов, прошедших подготовку по вопросам чрезвычайного реагирования, с 12 до 3.

137. В-третьих, давно устоявшаяся культура ВОЗ — это культура технической организации, которой поручено устанавливать международные стандарты и оказывать поддержку в их соблюдении. У ВОЗ не развита культура реагирования на чрезвычайные ситуации. Даже во время вспышки Эболы усилия ВОЗ были зачастую сконцентрированы на осуществлении эпидемиологического мониторинга и вынесении рекомендаций министерствам здравоохранения.

138. В-четвертых, из-за сложности структуры управления ВОЗ возникает неясность в отношении того, какое подразделение играет ведущую роль в реагировании на чрезвычайные ситуации. Механизмом реагирования на чрезвычайные ситуации ВОЗ предусматривается, что при возникновении вспышек заболеваний, которые согласно этому документу относятся к уровню 2, за принятие мер реагирования отвечает соответствующее региональное отделение организации, а штаб-квартира поддерживает эти усилия, предоставляя экспертов и предпринимая другие шаги. На начальном этапе реагирования на Эболу иногда возникала неясность в отношении того, кто отвечает за назначение руководителей групп и определяет состав и концепцию распределения направляемых на места сотрудников. Если рассматривать этот вопрос в более широком плане, то Группе стало известно, что из-за особенностей структуры управления ВОЗ, согласно которой директора региональных отделений не назначаются непосредственно Генеральным директором, может возникнуть ситуация, в которой Генеральный директор лишится возможности руководить стратегией и контролировать действия всех сотрудников секретариата ВОЗ. Группа была проинформирована о том, что общего мандата в отношении директоров региональных отделений ВОЗ не существует. Принципиально важно привести практику ВОЗ в соответствие с практикой других международных учреждений: это позволит обеспечить, чтобы для исполнительного руководителя были четко определены его непосредственные полномочия в рамках всей организации. Добиться эффективного приведения практики ВОЗ в соответствие с практикой других организаций можно будет лишь в том случае, если непосредственный контроль

над бюджетом и персоналом секретариата ВОЗ будет осуществлять Генеральный директор.

139. В-пятых, ВОЗ очень чувствительно отнеслась к тому, что государства были обеспокоены возможным возникновением неблагоприятных экономических последствий в связи с объявлением о вспышке заболевания. Хотя в соответствии с ММСП до объявления ЧСОЗМЗ должны быть проведены консультации между ВОЗ и затронутыми странами, затронутая страна не обязана соглашаться с решением об объявлении ЧСОЗМЗ. Нежелание правительств стран, затронутых Эболой, соглашаться с тем, что вспышка заболевания является событием, представляющим собой ЧСОЗМЗ, стало важным фактором при принятии ВОЗ решения отложить учреждение комитета по чрезвычайной ситуации и объявление ЧСОЗМЗ. В докладах говорится о том, что во внутренних сообщениях, подготовленных для Генерального директора, старшие должностные лица ВОЗ предупреждали, что обращение к ММСП через объявление ЧСОЗМЗ «в нынешних условиях может быть воспринято как враждебное действие и может воспрепятствовать сотрудничеству между ВОЗ и затронутыми странами».

140. Решение отложить принятие мер, возможно, было обусловлено и рядом других соображений политического характера. В 2009 году ВОЗ подверглась резкой критике за то, что объявила пандемию гриппа 2009 года ЧСОЗМЗ, располагая лишь предварительной информацией о патогенности этого вируса; в итоге стало очевидно, что для большинства групп населения вирус не является высоко патогенным. Кроме того, в начале 2014 года ВОЗ уже вела работу по устранению ряда вспышек заболеваний и чрезвычайных ситуаций, на которые расходовались значительные финансовые и людские ресурсы. В их число входили следующие: вспышка заболевания, вызванного вирусом БВРС, в Саудовской Аравии, появление нового штамма птичьего гриппа А в Китае, распространение полиомиелита в охваченной военным конфликтом Сирийской Арабской Республике и ряд связанных с конфликтом проблем в области здравоохранения в Центральноафриканской Республике и Южном Судане. Последствия, возникшие из-за задержки с принятием мер реагирования на Эболу, свидетельствуют о том, что необходимо найти более правильный баланс между тем, насколько чувствительно ВОЗ относится к вопросам, вызывающим беспокойство у ее государств-членов, и ее обязанностями как международного органа, занимающегося вопросами здравоохранения. Если бы Генеральный директор как руководитель заняла более твердую позицию, ЧСОЗМЗ, возможно, была бы объявлена раньше.

141. Из-за вышеперечисленных факторов принятые на начальном этапе меры реагирования были недостаточными, а объявление ЧСОЗМЗ было отложено до 8 августа 2014 года, когда количество инфицированных уже превысило 1600человек.

142. Вместе с тем даже после объявления ЧСОЗМЗ и широкого признания масштабов проблемы международным сообществом принятию мер реагирования на международном уровне препятствовали проблемы, связанные с координацией, и проблемы оперативного характера.

143. Во-первых, несмотря на значительные обязательства, взятые после объявления ЧСОЗМЗ, и внимание, уделенное впоследствии этой проблеме мировыми средствами массовой информации, международная помощь поступала медленными темпами. Хотя была обещана существенная финансовая поддержка,

зачастую средства выделялись и направлялись получателям только через несколько недель. В определенной степени эта задержка была вызвана отсутствием ясности в отношении потребностей стран, обязанностей и порядка подчинения.

144. Во-вторых, не хватало квалифицированного медицинского персонала. Некоторые из тех, кто первыми отреагировали на вспышку Эболы, отмечали, что самой большой проблемой при оказании помощи была не нехватка финансовых средств, а дефицит персонала. Не хватало имеющих опыт борьбы с Эболой врачей, чтобы укомплектовать все центры лечения Эболы в трех затронутых странах. Иностранные медицинские бригады, в том числе с африканского континента, сыграли значительную роль в предоставлении квалифицированных врачей, но многим все же требовалась подготовка по вопросам управления лечебными центрами. НПО и учреждения Организации Объединенных Наций сообщили, что даже немедицинские работники не хотели работать в затронутых Эболой странах и что некоторые из них отвергли предложения о назначении. Многие из оказывавших помощь отмечали, что главным сдерживающим фактором, из-за которого сотрудники отказывались принимать участие в мерах реагирования в затронутых странах, было отсутствие гарантированных услуг медицинской эвакуации. Учреждения — партнеры Всемирной сети по оповещению о вспышках заболеваний и реагированию на них (сети учреждений здравоохранения, имеющих возможность привлекать к работе опытных эпидемиологов и других сотрудников, занимающихся оказанием помощи при возникновении вспышек заболеваний, и направлять их на места на непродолжительный период в случае возникновения вспышки) также не располагали достаточными кадровыми ресурсами для удовлетворения соответствующих потребностей. Даже у секретариата ВОЗ возникли трудности с отправкой достаточного количества должностных лиц в Западную Африку. К тому моменту, когда была зарегистрирована вспышка Эболы, значительная часть ресурсов ВОЗ уже расходовалась на меры реагирования, принимаемые в связи с тремя различными чрезвычайными гуманитарными ситуациями уровня 3 и другими вспышками заболеваний. ВОЗ потребовалось несколько месяцев на то, чтобы в значительной степени активизировать свои усилия по набору персонала, и многие международные сотрудники были направлены на места лишь на непродолжительный срок, из-за чего возникла проблема высокой текучести кадров.

145. В-третьих, вызванная вспышкой Эболы чрезвычайная ситуация показала неадекватность оперативного потенциала ВОЗ. Даже когда организация признала, что потребности в мерах реагирования растут, ее внутренние административные правила, касающиеся людских ресурсов, закупок и финансирования, не способствовали оперативной отправке персонала и необходимых для оказания чрезвычайной помощи материалов на места. Что касается финансирования, то все меры по оказанию чрезвычайной помощи, принимаемые ВОЗ в связи с отдельными вспышками заболеваний, финансируются исключительно за счет добровольных взносов. Это означает, что для обеспечения финансирования всех крупных мероприятий в области реагирования необходимо обращаться с чрезвычайными призывами о выделении средств. Существующая в составе ВОЗ небольшая группа оперативной поддержки Всемирной сети по оповещению о вспышках заболеваний и реагированию на них также израсходовала практически все свои ресурсы, пытаясь удовлетворить потребности в оперативном направлении персонала на места.

146. В-четвертых, зачастую возникали трудности с закупкой жизненно необходимых материалов медицинского назначения, включая средства индивидуальной защиты (например, защитные костюмы и перчатки) и другие необходимые для оказания помощи средства, включая автомобили, мотоциклы (для труднопроходимых дорог), палатки и кровати. Кроме того, одностороннее закрытие границ и введение торговых ограничений и ограничений на передвижение препятствовали доставке необходимых для оказания помощи товаров в затронутые страны. С учетом того, что несколько коммерческих авиакомпаний приостановили авиасообщение с соответствующими странами, приходилось использовать специальные гуманитарные логистические сети. Транспортные проблемы ощущались особенно остро в затронутых странах, где из-за отсутствия проходимых дорог зачастую приходилось использовать вертолеты. С учетом того, что перевозка лабораторных проб связана с высоким риском заражения, при транспортировке таких грузов возникали особые трудности.

147. В-пятых, при принятии мер реагирования отсутствовали соответствующие эксперты и знания относительно того, как можно локализовать вспышку Эболы таких масштабов. Круг людей, обладающих экспертными знаниями о вспышках Эболы, был ограничен, и отсутствовали стандарты и руководства, касающиеся распределения медицинских центров и оказывающего помощь персонала. Даже в странах с развитой системой здравоохранения не было надлежащих регламентов, касающихся профилактики инфекций и инфекционного контроля, которые позволили бы обеспечить защиту от Эболы. Кроме того, еще одной проблемой был масштаб вспышки. Было неясно, как можно оптимальным образом спланировать оперативную деятельность по реагированию на вспышку заболевания, которая уже распространилась на три страны и масштабы которой продолжали расти. Поскольку на строительство лечебных центров и закупку для них необходимых материалов уходили недели, планы необходимо было составлять на основе прогнозов относительно будущего распространения заболевания и регулярно корректировать их с учетом новых событий. В исследовании, проведенном в конце сентября 2014 года Центрами Соединенных Штатов по борьбе с заболеваниями и их профилактике, прогнозировалось, что к январю 2015 года в трех затронутых странах будет насчитываться более 1,4 миллиона случаев инфицирования Эболой. Однако благодаря изменению поведения в общинах и принятию эффективных медицинских мер реагирования удалось не допустить распространения болезни в масштабах, которые прогнозировались изначально.

148. В этой связи Группа рекомендует в значительной мере укрепить в ВОЗ оперативный потенциал реагирования на чрезвычайные ситуации. Секретариат ВОЗ должен располагать возможностями и ресурсами, необходимыми для выполнения руководящей функции, возложенной на него государствами-членами. Согласно Конституции Всемирной организации здравоохранения, цель этой организации состоит в следующем:

> «Действовать в качестве руководящего и координирующего органа в международной работе по здравоохранению,.. установить и поддерживать эффективное сотрудничество с Объединенными Нациями, со специализированными учреждениями, с правительственными учреждениями по здравоохранению, с профессиональными группами и с другими организациями, которые для этого окажутся подходящими. Помогать правительствам по их просьбе в укреплении служб здравоохранения и оказывать

нужное техническое содействие и в экстренных случаях необходимую помощь по просьбе или с согласия соответствующего правительства».

149. Международное сообщество ожидает, что в случае возникновения вспышки инфекционного заболевания международные усилия по борьбе с ней будет возглавлять ВОЗ. Вместе с тем в организации по-прежнему отсутствует оперативный потенциал, необходимый для того, чтобы оправдать это ожидание. Как указано выше, это отчасти объясняется особенностями ее организационной культуры: исторически эта организация выполняла нормотворческие функции. Кроме того, ВОЗ не получает достаточной поддержки от государств-членов.

150. Группа отмечает меры по проведению реформ, принятые Генеральным директором ВОЗ после завершения сессии Исполнительного совета ВОЗ в январе 2015 года. Эти меры по проведению реформ включали учреждение Программы действий в связи со вспышками заболеваний и чрезвычайными ситуациями под руководством Исполнительного директора на уровне заместителя Генерального директора. Группа приветствует эти усилия, однако особо отмечает необходимость создания единого оперативного потенциала ВОЗ при единой структуре отчетности, командования и управления. В этом контексте предложение Группы по промежуточной оценке Эболы, касающееся создания «центра», в большей степени отвечает существующим потребностям, чем разработка программы ВОЗ. Именно поэтому Группа рекомендует создать «центр по обеспечению готовности и реагированию».

151. В центре ВОЗ по обеспечению готовности и реагированию также должны быть созданы механизм глобального надзора и открытая платформа данных, с помощью которой будет осуществляться сбор информации об экстраординарных событиях в области здравоохранения — как в рамках официального процесса уведомления, так и из других источников. Доступ к этой информации должен быть открыт для всех.

152. Центр должен располагать значительным оперативным потенциалом. Он должен включать людские ресурсы — в том числе медицинских и других работников, занимающихся оказанием помощи, — которых можно будет в оперативном порядке направить на места для принятия мер реагирования на кризис в области здравоохранения. Необходимо расширить и укрепить такие механизмы, как Всемирная сеть по оповещению о вспышках заболеваний и реагированию на них и механизм развертывания иностранных медицинских бригад. В этой связи Группа с удовлетворением отмечает инициативу Генерального директора по созданию «глобального контингента работников здравоохранения» и настоятельно призывает обеспечить ее скорейшую реализацию. Выбранные сотрудники должны пройти базовую подготовку по вопросам чрезвычайного реагирования, профилактики инфекций и инфекционного контроля, с тем чтобы их можно было в оперативном порядке направить на места и чтобы им была необходима лишь минимальная дополнительная подготовка, связанная с конкретным заболеванием. Чтобы обеспечить оперативное развертывание, центру следует разработать механизмы гарантированной медицинской эвакуации для всех сотрудников, направленных на места. Центру также следует разработать упорядоченные административные процедуры, которые способствовали бы проведению операций по чрезвычайному реагированию.

153. Помимо этого, центру следует определить, какие материалы требуются при реагировании на чрезвычайные ситуации в первую очередь, и (при необходимости) создать запасы таких материалов в стратегических точках, а также наладить партнерские связи с поставщиками логистических услуг, что позволит обеспечить оперативное развертывание сил реагирования и направление на места жизненно важных материалов.

154. Центру также следует разработать оперативные планы и регламенты, касающиеся реагирования на кризисные ситуации, и осуществлять все меры реагирования в области здравоохранения через Кластер здравоохранения. В тех случаях, когда кризис в области здравоохранения является коренной причиной более серьезной чрезвычайной гуманитарной ситуации, центр должен играть руководящую роль в обеспечении координации комплексных межучрежденческих мер реагирования (рекомендация 8).

155. Основная задача центра будет заключаться в раннем выявлении вспышек инфекционных заболеваний и выполнении — в сотрудничестве с правительствами затронутых стран — руководящих функций в работе по незамедлительному принятию оперативных мер реагирования с целью не допустить, чтобы вспышка перешла в категорию ЧСОЗМЗ. Государствам-членам и партнерам ВОЗ следует поддерживать эти усилия, оказывая ВОЗ помощь в принятии мер реагирования на чрезвычайную ситуацию до того, как вспышка перерастет в ЧСОЗМЗ. Центр должен быть надлежащим образом обеспечен финансовыми ресурсами и укомплектован кадрами и должен финансироваться за счет начисленных взносов. Чтобы гарантировать быстрый доступ к ресурсам для финансирования мер реагирования, центр должен иметь доступ к недавно созданному организацией Резервному фонду для чрезвычайных ситуаций и возможность управлять им. Вместе с тем ресурсы Фонда должны быть также доступны и другим структурам, оказывающим помощь в области здравоохранения. Помимо этого, центр должен иметь доступ к созданному Всемирным банком механизму финансирования чрезвычайных мер в случае пандемии, если таковая начнется.

156. Кроме того, в число обязанностей центра должно входить определение того, требует ли вспышка заболевания ускорения процесса научных исследований и разработок в отношении медицинских мер противодействия, например связанных с диагностикой, терапевтическим лечением или вакцинацией, а также центр должен работать в тесном взаимодействии с соответствующим департаментом ВОЗ, добиваясь координации мер для содействия таким исследованиям.

157. Руководить центром должен независимый консультативный совет в составе представителей других организаций Организации Объединенных Наций, занимающихся оказанием чрезвычайной помощи, национальных правительств, НПО, занимающихся вопросами здравоохранения, и других институциональных партнеров с целью обеспечить, чтобы совет оказывал центру поддержку в проведении анализа ситуации, и сократить число ошибочных суждений и степень политического вмешательства. Члены консультативного совета должны иметь доступ к данным надзора ВОЗ и оказывать центру поддержку в проведении анализа ситуации.

158. Хотя в рамках своей деятельности Группа занимается преимущественно чрезвычайными ситуациями, вызванными кризисами в области здравоохране-

ния, целый ряд участвовавших в обсуждениях лиц призвали ВОЗ усилить руководящую роль Кластера здравоохранения в чрезвычайных ситуациях гуманитарного характера, и в том числе сделать усилия по координации более инклюзивными и независимыми. Таким образом, создание центра должно способствовать усилению роли Кластера здравоохранения и обеспечению ему большей инклюзивности и независимости.

Рекомендация 7
ВОЗ незамедлительно укрепляет свою ведущую роль и создает единый эффективный оперативный потенциал.

- Принимая во внимание, что ВОЗ учредила Программу действий в связи со вспышками заболеваний и чрезвычайными ситуациями, и с учетом необходимости обеспечения единого командования Группа предлагает, чтобы такая программа стала центром по обеспечению готовности и реагированию, наделенным функциями командования и управления.
- Этот центр является центральным механизмом командования и управления в случае возникновения чрезвычайных ситуаций в сфере здравоохранения. Он должен быть надлежащим образом обеспечен финансовыми ресурсами и укомплектован кадрами с четким порядком подчинения в рамках организации.
- Для методического руководства работой центра создается постоянный консультативный совет. В состав консультативного совета должны входить представители органов Организации Объединенных Наций, национальных правительств, НПО и институциональных партнеров, с тем чтобы содействовать применению межсекторального подхода.
- В ходе кризиса в области здравоохранения этот центр осуществляет все полномочия по реагированию со стороны Кластера здравоохранения и поддерживает тесные контакты с правительством и всеми сторонами.
- В центре располагается группа управления развертыванием кадров, включая программы Всемирной сети по оповещению о вспышках заболеваний и реагированию на них и иностранных медицинских бригад, которая координирует деятельность Глобального контингента работников здравоохранения для чрезвычайных ситуаций, направляя по мере необходимости экспертов и иностранные медицинские бригады.
- Центр разрабатывает транспарентный протокол для принятия незамедлительных мер реагирования на вспышки заболеваний и для призыва к политическим действиям в случае возникновения проблем, сдерживающих международные действия или препятствующих им.
- В этом центре размещается также открытая платформа данных, в рамках которой осуществляется глобальный сбор, упорядочение и анализ открытых данных об эпидемиологических событиях. Центр будет отвечать за предоставление открытого доступа к этим данным в режиме реального времени.
- Центр распоряжается предлагаемым резервным фондом ВОЗ и имеет доступ к механизму финансирования чрезвычайных мер в случае пандемии.

- Центр тесно взаимодействует с Департаментом по системам здравоохранения и инновациям ВОЗ в плане исследований и разработок, касающихся кризисов в области здравоохранения.
- Центр в сотрудничестве с МПК разрабатывает стандартный порядок действий для гуманитарных организаций, действующих в условиях кризисов в области здравоохранения.

C. Улучшение координации глобальных мер реагирования на кризисы в области здравоохранения в рамках системы Организации Объединенных Наций

159. Если не ограничиваться мерами реагирования ВОЗ, то кризис, вызванный распространением вируса Эбола, показал также, что в рамках системы Организации Объединенных Наций отсутствуют слаженность и координация действий.

160. Во-первых, не было межучрежденческого механизма реагирования на кризисы в области здравоохранения, имеющие многообразные последствия. Для реагирования на крупномасштабные гуманитарные кризисы, как правило, задействуется кластерная система МПК, работу которой координирует Управление по координации гуманитарных вопросов. Когда в 2014 году разразился кризис, вызванный распространением Эболы, рассматривалась возможность задействовать механизм МПК, однако в итоге по ряду причин было принято решение этого не делать. К числу этих причин относился и тот факт, что с самого начала вспышка Эболы рассматривалась, скорее, как кризис в области здравоохранения, а не как гуманитарный кризис; именно поэтому ВОЗ не стала обсуждать этот вопрос с руководителями МПК (руководителями учреждений) на более раннем этапе. Кроме того, число лиц, инфицированных в первые дни вызванного Эболой кризиса, было сравнительно небольшим по сравнению с количеством случаев, зарегистрированных в связи с другими гуманитарными кризисами.

161. Генеральный директор ВОЗ представила МПК информацию о вызванном Эболой кризисе на совещании, проходившем в августе 2014 года. По мнению руководителей МПК, руководящую роль в принятии мер реагирования на этот кризис должна была взять на себя ВОЗ, поскольку она является главной организацией, занимающейся вопросами здравоохранения. Решения расширить оказываемую гуманитарную поддержку не принималось. Вместе с тем медленная реакция со стороны ВОЗ, и в том числе задержки с отправкой персонала на места, вызывает сомнения относительно того, способна ли организация обеспечить необходимое руководство. Кроме того, по мере расширения масштабов кризиса становилось очевидно, что он, помимо здравоохранения, затрагивает и другие аспекты, например касающиеся водоснабжения, санитарии и гигиены для всех (ВССГ), образования и продовольственной безопасности, и что по этой причине ВОЗ не сможет самостоятельно обеспечить координацию всех мер реагирования. Члены МПК и другие стороны также пришли к выводу о том, что с учетом темпов распространения эпидемии необходимо создать ступенчатую систему реагирования, руководство которой смогло бы осуществлять непосредственные управление и контроль. Этот механизм будет в значительной степени отличаться от кластерной системы МПК.

162. С учетом запоздалого реагирования и в связи с тем, что эпидемия распространялась быстрее, чем предпринимались действия по ее сдерживанию, была признана необходимость оперативного развертывания крупномасштабных мер реагирования. После консультаций с Генеральным директором ВОЗ 17 сентября 2014 года Генеральный секретарь объявил о своем намерении немедленно создать Миссию Организации Объединенных Наций по чрезвычайному реагированию на Эболу (МООНЧРЭ), первую миссию Организации Объединенных Наций, занимающуюся экстренной ситуацией медицинского характера. Предложение создать МООНЧРЭ было положительно оценено Генеральной Ассамблеей в ее резолюции 69/1 от 19 сентября 2014 года.

163. При проведении Группой консультаций респонденты отмечали, что создание МООНЧРЭ под личным руководством Генерального секретаря сыграло важную роль в привлечении внимания мировой общественности к кризису, вызванному Эболой, и помогло правительствам, учреждениям системы Организации Объединенных Наций и другим заинтересованным сторонам принять активные меры реагирования в режиме чрезвычайной ситуации. Хотя большинство оперативных мер реагирования Организации Объединенных Наций по-прежнему осуществлялось в основном такими ведущими учреждениями, как Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), ВПП и ВОЗ, МООНЧРЭ помогла создать общую оперативную платформу для реагирования на Эболу. В затронутых странах благодаря кризис-менеджерам по Эболе, действующим в рамках МООНЧРЭ, были задействованы заинтересованные стороны и партнеры на национальном уровне, что позволило мобилизовать политическую поддержку стран и применить в борьбе с Эболой всеобъемлющий подход. МООНЧРЭ позволила также обеспечить столь необходимый и востребованный учет региональной специфики в процессе принятия мер реагирования. Это дало Миссии возможность внести вклад в перераспределение средств реагирования за пределы национальных границ. Кроме того, в качестве важного фактора, способствующего активизации мер реагирования, следует рассматривать материально-техническую поддержку, которую оказывала ВПП, при этом Миссия выполняла координирующую функцию.

164. В то же время Группа услышала также критику в адрес МООНЧРЭ. Несколько респондентов отметили, что для начала полноценных оперативных действий и взятия на себя координационной роли Миссии потребовалось слишком много времени. В частности, МООНЧРЭ испытывала немалые трудности в направлении на места достаточного числа располагающих конкретными навыками специалистов, которые требовались в срочном порядке. Отмечалось также, что МООНЧРЭ как новый орган, подключающийся к уже осуществляемым мерам реагирования, не располагала достаточно действенными механизмами, структурами и опытом ни в рамках Организации Объединенных Наций, ни на национальном уровне. Вклад Миссии стал максимально действенным лишь после того, как она привлекла широкий круг участников и содействовала согласованию совместных усилий, взяв на себя роль координатора по гуманитарным вопросам, располагающего соответствующими полномочиями. Кроме того, некоторые респонденты отмечали, что расположение штабквартиры МООНЧРЭ в Гане и отсутствие на начальном этапе ее сотрудников в затронутых странах подрывали ее способность обеспечивать координацию эф-

фективных мер реагирования. Несколько респондентов на местах отметили, что МООНЧРЭ не поддерживала с ними связи. В то же время, решение разместить ее штаб-квартиру за пределами стран, затронутых лихорадкой Эбола, вполне объяснимо в свете первоначальных прогнозов распространения этого заболевания и наличия действующих ограничений на полеты в соответствующем регионе.

165. По мнению Группы, учреждение Генеральным секретарем МООНЧРЭ явилось ценным вкладом в укрепление глобальных мер реагирования на Эболу в самый разгар кризиса. В то же время опыт МООНЧРЭ выявил также трудности, которые сопряжены с созданием нового координационного механизма в условиях кризиса, и указал на необходимость использования в таких случаях уже существующих или заранее согласованных механизмов координации, какой, например, является кластерная система МПК. В случае необходимости такие механизмы следует корректировать с учетом особенностей кризиса.

166. Одновременно с учреждением МООНЧРЭ Генеральный секретарь назначил также Специального посланника по Эболе, которому было поручено обеспечивать стратегическое и политическое руководство мерами реагирования на кризис и мобилизацию поддержки со стороны международных доноров. В ходе консультаций Группе было высказано мнение о том, что Специальный посланник играет важную роль в определении финансовых потребностей, мобилизации средств для мер реагирования на Эболу и содействии регулярной координации действий международных участников по всему миру. Назначение Специального посланника также способствовало привлечению постоянного политического внимания к этому кризису.

167. Для обеспечения энергичного и хорошо координируемого общесистемного реагирования на будущие кризисы в области здравоохранения Группа рекомендует установить четкий порядок подчиненности и разработать протоколы, регулирующие взаимодействие между учреждениями системы Организации Объединенных Наций. В частности, Группа считает, что предлагаемые ниже меры будут способствовать большей слаженности действий.

168. Когда это возможно, для обеспечения межучрежденческой координации в ситуациях, требующих экстренного реагирования, следует использовать кластерную систему МПК. Такие ситуации включают кризисы, вызванные вспышками инфекционных заболеваний. Если, как это часто бывает, инфекционное заболевание возникает во время чрезвычайной ситуации, вызванной пограничным конфликтом или стихийным бедствием, Группа МПК по вопросам здравоохранения под руководством ВОЗ должна обеспечивать руководство мерами реагирования и подчиняться координатору по гуманитарным вопросам, назначенному Генеральным секретарем.

169. Однако бывают ситуации, как, например, в случае возможной вспышки пандемии гриппа, когда основной причиной введения чрезвычайного гуманитарного положения является кризис медицинского происхождения. Учитывая необходимость принятия соответствующих медико-санитарных мер в ходе общего реагирования на кризис в таких ситуациях, МПК, возможно, пожелает поручить ВОЗ общее руководство межучрежденческими мерами реагирования с использованием своей кластерной системы. При возникновении такой ситуации Генеральному секретарю следует назначить Исполнительного директора соответствующего центра ВОЗ своим координатором, что даст возможность

центру ВОЗ осуществлять контроль за принятием непосредственных медико-санитарных мер в качестве руководителя Группы по вопросам здравоохранения, а также общего координатора более широких мероприятий по реагированию на гуманитарную ситуацию.

170. Группа также рекомендует МПК провести обзор своей кластерной системы для повышения ее эффективности и укрепления ее способности действовать в качестве механизма координации экстренных мер, особенно в контексте кризиса в области здравоохранения.

171. Для обеспечения глобального политического участия и поддержки в других областях, кроме сектора здравоохранения, Группа рекомендует также, чтобы при возникновении кризиса медицинского происхождения, подобного тому, который был вызван лихорадкой Эбола, Генеральный директор ВОЗ официально и регулярно отчитывался перед Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций о принимаемых мерах реагирования на кризис. Это поможет Генеральному секретарю использовать свои добрые услуги в поддержку глобальных усилий в области реагирования.

Рекомендация 8
В случае возникновения ситуаций уровня 2 или 3, которые еще не классифицированы в качестве чрезвычайной гуманитарной ситуации, в системе Организации Объединенных Наций будет действовать четкий порядок подчиненности.

- Генеральный директор ВОЗ отчитывается перед Генеральным секретарем о принимаемых мерах реагирования.
- Региональный директор ВОЗ непосредственно отчитывается перед Исполнительным директором центра ВОЗ для обеспечения согласованных действий всей системы.
- Исполнительный директор центра будет выполнять обязанности Координатора Генерального секретаря по чрезвычайной ситуации, которому в случае необходимости будет поручено руководство межучрежденческими мерами реагирования.
- Учитывая тот факт, что ВОЗ является специализированным ведущим оперативным учреждением по реагированию на кризисы в области здравоохранения, Генеральный секретарь должен обеспечить, чтобы кластерная система МПК действовала в полную меру своих оперативных возможностей по оказанию поддержки Координатору по чрезвычайной ситуации в обеспечении руководства межучрежденческими мерами реагирования, если в этом возникнет необходимость.
- Круг ведения МПК, включая его кластерную систему, следует пересмотреть для повышения эффективности и оперативности системы, а также укрепления координации и ее способности реагировать на кризисы медицинского происхождения.

172. Вспышка Эболы также высветила тот факт, что существующее деление чрезвычайных ситуаций на категории медицинского и гуманитарного характера является непоследовательным и может приводить к недоразумениям. Например, в пандемических фазах ВОЗ выделяются шесть этапов распростра-

нения заболевания в зависимости от масштабов и способов передачи инфекции. В Механизме реагирования ВОЗ на чрезвычайные ситуации также выделяются три категории экстренных ситуаций медицинского происхождения и в каждом таком случае регламентируется распределение обязанностей ВОЗ. Кроме того, в ВОЗ Международными медико-санитарными правилами предусматривается объявление ЧСЗМЗ. В более широкой системе оказания гуманитарной помощи действующая в МПК классификация гуманитарных чрезвычайных ситуаций также предусматривает три уровня, каждый из которых имеет разные последствия с точки зрения мобилизации ресурсов для реагирования. Слабая информированность об особенностях этих четырех систем в сочетании со сложной терминологией привели к возникновению несогласованности между сектором здравоохранения и сектором оказания гуманитарной помощи на начальных этапах принятия мер реагирования на Эболу. В этой связи Группа считает, что необходимо принять меры для согласования разных систем классификации чрезвычайных ситуаций. В частности, каждая чрезвычайная ситуация медицинского характера уровня 2 или 3 согласно механизму реагирования ВОЗ на экстренные ситуации должна автоматически приводить к проведению межучрежденческой оценки потенциальных гуманитарных последствий.

Рекомендация 9
Генеральный секретарь выступает с предложением объединить системы принятия мер в случае возникновения чрезвычайных ситуаций медицинского и гуманитарного характера.

- Каждый кризис медицинского происхождения, имеющий категорию уровня 2 или 3 согласно Механизму реагирования ВОЗ на чрезвычайные ситуации, автоматически предполагает проведение межучрежденческой межсекторальной оценки гуманитарных последствий.

V. Сквозные вопросы

173. Помимо моментов, связанных с обеспечением готовности и реагированием на национальном, региональном и международном уровнях, Группа выявила также ряд важных сквозных вопросов, которые необходимо решить для укрепления мер глобального реагирования на кризисы в области здравоохранения.

A. Развитие и охрана здоровья

174. Одна из повторяющихся тем настоящего доклада состоит в том, что страны, в наибольшей степени затронутые инфекционными заболеваниями, сталкиваются с целым рядом проблем, которые выходят за рамки здравоохранения. Все три страны, в наибольшей степени затронутые лихорадкой Эбола в 2014 году, в недавнем прошлом пережили конфликты. После десятилетия гражданской войны ситуация в Либерии и Сьерра-Леоне остается нестабильной, а Гвинея испытала серьезные политические потрясения и гражданские беспорядки в 2008 году. Кроме того, эти три стороны включены в число 48 наименее развитых стран мира, наряду с еще 31 страной Африки, 9 странами Азии, 4 странами Океании и одной страной Центральной и Южной Амери-

ки. В эту группу входят также Демократическая Республика Конго и Уганда, в которых в прошлом уже отмечались вспышки Эболы. В 2014 году годовой ВВП на душу населения в Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне составлял соответственно 540, 458 и 766 долл. США, что относит эти три страны к 20 беднейшим странам, по которым имеются данные. Причем это — средние показатели, за которыми скрывается огромная разница в уровне доходов. В Гвинее 35 процентов населения живет в состоянии крайней нищеты[6] (2012 год). В Либерии и Сьерра-Леоне соответствующая доля населения составляет 69 процентов (2007 год) и 52 процента (2011 год), соответственно.

175. Помимо низких экономических показателей во многих из этих стран также слабо развита инфраструктура и социальные службы. Более 30 процентов сельского населения не имеет доступа к питьевой воде, и четыре из пяти человек не имеют доступа к основным услугам в области санитарии. Треть всех детей в возрасте до пяти лет страдает от задержки развития в результате недоедания. Более 30 процентов детей не заканчивают среднюю школу, и грамотными является менее половины всех взрослых. Как отмечалось ранее, доступ к качественному медицинскому обслуживанию в этих трех странах крайне ограничен. В результате этих проблем средняя ожидаемая продолжительность жизни в когорте родившихся в настоящее время составляет 60 лет в Либерии и 50 лет в Сьерра-Леоне.

176. Хотя новые возбудители опасных болезней могут появиться в любой стране мира, плохие условия жизни означают, что развивающиеся страны зачастую подвержены особому риску возникновения вспышек инфекционных заболеваний. Урбанизация и сельскохозяйственное производство зачастую проникают вглубь естественной среды обитания животных, что подвергает население опасности заражения зоонозными заболеваниями.

177. В случае возникновения болезни отсутствие базовой санитарии, слаборазвитые системы охраны здоровья и уязвимость населения являются факторами, способствующими ее быстрому распространению. Основные средства профилактики — в том числе вакцинация детей, регулярное посещение врача и просвещение в области гигиены — не доступны для большинства населения, особенно в сельских районах. Кроме того, из-за отсутствия квалифицированного медицинского персонала, необходимого оборудования и лекарственных средств многие в общем-то излечимые болезни становятся летальными. Как показала вспышка Эболы в 2014 году, такие условия повышают также вероятность проникновения инфекции в медицинские учреждения и затрудняют эффективное реагирование на вспышки заболеваний.

178. Проблемы, связанные с бедностью, не только делают наименее развитые страны более уязвимыми перед эпидемиями инфекционных заболеваний, но и подрывают способность таких стран создать эффективные и быстро реагирующие системы здравоохранения. Как стало известно Группе, в трех странах, в наибольшей мере пострадавших от Эболы, на здравоохранение выделяется гораздо меньше 15 процентов государственных средств, рекомендованных в Абуджийской декларации. Ежегодные государственные ассигнования на здравоохранение в расчете на душу населения также составляют менее одной пятой того минимального уровня, который был рекомендован для финансирова-

[6] Крайняя нищета определяется как существование на доход в размере 1,90 долл. США по ценам 2011 года (паритет покупательной способности).

ния первичной медицинской помощи. Хотя многие страны неоднократно брали на себя обязательство достичь ряда желательных целевых показателей, касающихся финансирования здравоохранения, на сегодняшний день лишь небольшая группа стран выделяет средства в объеме, превышающем рекомендованный минимальный уровень в расчете на душу населения. Группа настоятельно призывает все страны пересмотреть свои приоритеты в области финансирования в целях увеличения ассигнований из национальных бюджетов на развитие здравоохранения для достижения рекомендованного минимального уровня, что позволило бы также заложить базовый потенциал для выполнения ММСП. В то же время многим развивающимся странам для укрепления их систем здравоохранения потребуется существенная помощь со стороны партнеров.

1. Достижение целей в области устойчивого развития

179. На саммите Организации Объединенных Наций для принятия повестки дня в области развития на период после 2015 года международное сообщество заявило о своей решимости добиться достижения 17 целей в области устойчивого развития и 169 целевых показателей, в том числе в области охраны здоровья (см. резолюцию 70/1 Генеральной Ассамблеи). В частности, главы государств и правительств приняли на себя обязательство:

- «К 2030 году положить конец эпидемии СПИДа, туберкулеза, малярии и запущенных тропических заболеваний и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями» (цель 3.8).
- «Укрепить потенциал всех стран, особенно развивающихся стран, в области раннего предупреждения и уменьшения национальных и глобальных рисков для здоровья и управления этими рисками» (цель 3.d).
- «Оказать поддержку в проведении научных исследований и разработке вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфекционных заболеваний, которые в первую очередь затрагивают развивающиеся страны, обеспечить доступность недорогих основных лекарств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение», в которой подтверждается право развивающихся стран в полном объеме использовать положения Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности в отношении гибких возможностей в целях охраны здоровья населения, и, в частности, обеспечить доступ к медикаментам для всех» (цель 3.b).

В целях в области устойчивого развития закреплены следующие обязательства в поддержку создания систем здравоохранения:

- «Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, отвечающим требованиям и доступным основным лекарственным средствам и вакцинам для всех» (цель 3.3).
- «Существенно увеличить объем финансирования здравоохранения и обеспечить дальнейший набор, формирование, подготовку и удержание медицинских кадров в развивающихся странах, особенно в наименее раз-

витых странах и малых островных развивающихся государствах» (цель 3.c).

180. В этом контексте Группа настоятельно призывает все государства-члены добиться достижения целей в области устойчивого развития, особенно касающихся охраны здоровья людей. Она отмечает, что угроза возникновения кризисов в области здравоохранения вследствие эпидемий инфекционных заболеваний признается в цели 3.3, и настоятельно призывает государства-члены обеспечить, чтобы работа по реализации и контролю за достижением этих целей проводилась с соблюдением основных требований ММСП, что является одним из важнейших элементов в деле предотвращения вспышек инфекционных заболеваний.

Рекомендация 10
Международное сообщество должно выполнить обязательства по достижению целей в области устойчивого развития с уделением особого внимания целям, касающимся охраны здоровья людей.

- Статистической комиссии в ходе ее работы над показателями достижения целей в области устойчивого развития следует рассмотреть вопрос о критериях выполнения требований ММСП в отношении создания базового потенциала и укрепления общих систем здравоохранения в качестве показателей достижения целей в области развития, касающихся охраны здоровья людей.

2. Укрепление систем здравоохранения

181. За последние четыре года международная помощь в целях развития, поступающая в сектор здравоохранения, оставалась неизменной на уровне порядка 35 млрд. долл. США в год. Однако большая часть этих средств идет на осуществление вертикальных программ, призванных обеспечить достижение конкретных показателей в области охраны здоровья. Эти программы зачастую функционируют параллельно с государственной системой здравоохранения и иногда предполагают создание отдельной инфраструктуры в сфере медицинского обслуживания, что сопряжено со значительными расходами. Хотя такие программы могут дать хороший результат в плане достижения конкретных целевых показателей (например, сокращения уровня материнской и детской смертности или предоставления антиретровирусной терапии людям, живущим с ВИЧ), их деятельность ограничена лишь одной областью и как правило приносит ограниченную побочную пользу более широкой системе охраны здоровья. Кроме того, устанавливая более высокие оклады и создавая лучшие условия труда, вертикальные медицинские программы зачастую подрывают более широкие системы здравоохранения, вызывая отток подготовленного персонала из государственного сектора.

182. В этой связи выделение большей доли внутреннего и международного финансирования на укрепление систем здравоохранения может принести большие дополнительные выгоды, включая получение статистических данных о состоянии здоровья населения (в том числе регистрацию рождений и смертей), повышение эффективности кампании по вакцинации населения и обеспечение более комплексного наблюдения за пациентами. В этом контексте Груп-

па считает, что партнерам следует выделять большую долю их официальной помощи в целях развития (ОПР) на укрепление систем здравоохранения.

183. Для эффективного укрепления систем здравоохранения большую долю финансовой помощи на охрану здоровья партнеры должны предоставлять через национальные правительства, поскольку правительства лучше смогут координировать создание национальных систем здравоохранения. Точные сведения о бюджетном финансировании трудно получить, но имеющиеся данные показывают, что в настоящее время две трети помощи в целях развития, поступающей на программы охраны здоровья населения, выделяются вертикальным программам, а правительствам остается совсем немного средств для решения национальных первоочередных задач в этой области. Согласно сообщениям, лишь 6 процентов средств идет на укрепление систем здравоохранения и применение всеобъемлющего межсекторального подхода к решению задач в этой области. Предоставление большей доли финансирования странам по линии бюджетной поддержки позволило бы правительствам направлять финансовые средства в те области, где они особенно необходимы, и укреплять структуры, на которых основываются их системы охраны здоровья населения. Однако многие партнеры говорили Группе о своем нежелании увеличивать бюджетную поддержку из-за сложившегося представления о слабости систем управления и финансового регулирования в менее развитых в экономическом отношении и уязвимых странах. В то же время страны-получатели утверждают, что критерии управления и финансового регулирования являются расплывчатыми и часто меняются.

184. Группа отмечает также, что местным и международным неправительственным организациям, работающим в развивающихся странах, следует согласовывать свою деятельность с общими национальными планами и действовать в условиях полной гласности. Некоторые правительства сообщали Группе, что им неизвестно о деятельности тех или иных неправительственных организаций в их странах. Для обеспечения эффективного распределения ресурсов партнерам следует также следить за тем, чтобы неправительственные организации отвечали самым высоким стандартам эффективного управления и распоряжения финансами.

Рекомендация 11
Партнеры продолжают предоставлять свою официальную помощь в целях развития на поддержку здравоохранения и направляют большую часть этой помощи на укрепление систем здравоохранения в соответствии с согласованным планом, осуществляемым под руководством правительства.

- ОПР стратегически направляется на осуществление возобновляемого, финансируемого из бюджета пятилетнего плана укрепления системы здравоохранения.
- Критерии транспарентности и эффективного управления в финансовой области являются четкими и согласованными.
- Неправительственные организации действуют с соблюдением того же уровня транспарентности и эффективного управления, который ожидается от национальных правительств.

3. Оказание поддержки системам здравоохранения по линии программ развития

185. Даже эффективные системы здравоохранения могут быть подорваны в случае возникновения серьезных проблем в области развития. Некоторые респонденты в качестве основных препятствий в деле улучшения медицинского обслуживания назвали отсутствие адекватного водоснабжения и санитарии, энергоснабжения, связи, транспорта и дорожных сетей.

186. В этой связи Группа рекомендует обеспечить большую взаимодополняемость усилий в области развития в целях оказания поддержки укреплению систем здравоохранения в развивающихся странах, особенно в сельских районах, где доступ к медицинскому обслуживанию ограничен в наибольшей степени. Например, программы создания и содержания сельских врачебных пунктов следует дополнять проектами электрификации, водоснабжения и санитарии или расширения инфраструктуры для облегчения доступа населения к медицинскому обслуживанию.

Рекомендация 12
ВОЗ тесно сотрудничает с партнерами по развитию в обеспечении того, чтобы по линии программ развития оказывалась поддержка системам здравоохранения, и тем самым помогает улучшить справедливый доступ к качественному здравоохранению для всех.

B. Исследования и разработки

187. Открытие и применение новых вакцин, средств лечения и методов диагностики имеют огромное значение для предотвращения вспышек инфекционных заболеваний и борьбы с ними. За последнее столетие благодаря открытиям в области медицины удалось значительно сократить заболеваемость и смертность от многих болезней, в том числе от бешенства, полиомиелита, кори и краснухи, и искоренить такие болезни, как оспа. В последнее время инициативы, осуществляемые, в частности, Альянсом ГАВИ, Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, ВОЗ и ЮНИСЕФ, позволили существенно расширить доступ к жизненно важным вакцинам в развивающихся странах.

188. Однако слишком мало исследований и разработок посвящено борьбе с многочисленными инфекционными заболеваниями, которые затрагивают главным образом развивающиеся страны и которые могут стать причиной возникновения кризиса в области здравоохранения. ВОЗ составила список из 18 «забытых» тропических болезней, которые являются эндемичными в 149 странах и затрагивают более 1,4 миллиарда людей. Вспышка Эболы в Западной Африке в 2014 году стала еще одним примером последствий тех пробелов, которые существуют в финансировании исследований и разработок. Эбола была известна на протяжении 40 лет, и с момента открытия этой болезни было зарегистрировано более 20 вспышек. Тем не менее, в 2014 году в мире отсутствовала вакцина от Эболы, которую можно было бы использовать для предотвращения эпидемии.

189. Отсутствие исследований и разработок в области заболеваний, которые затрагивают главным образом бедные страны, являются следствием действия

рыночных механизмов. Разработка новых фармацевтических продуктов требует значительных инвестиций и сопряжена с испытаниями, которые зачастую дают негативные результаты. Руководствуясь главным образом необходимостью компенсировать затраты на исследования и стремлением получить коммерческую прибыль, фармацевтические компании сосредотачивают свои усилия на создании лекарств от болезней, которые затрагивают в основном общества, в которых системы здравоохранения и граждане готовы и способны оплачивать новые препараты. В результате в 2010 году на исследования и разработки в области медицины было затрачено 214 млрд. долл. США, при этом менее 2 процентов пошло на разработку лекарств от «забытых» заболеваний, а впоследствии эта доля фактически уменьшилась.

190. После того как вспышка лихорадки Эбола в Западной Африке привлекла к себе международное внимание, научно-исследовательским центрам были выделены значительные средства для ускорения разработки вакцины[7]. Если бы такие вакцины были в наличии до начала вспышки Эболы, можно было бы спасти больше человеческих жизней.

191. Необходимо в срочном порядке принять меры для расширения исследований, разработок и производства жизненно важных медицинских препаратов для лечения «забытых» болезней, с уделением особого внимания инфекционным заболеваниям, которые чреваты повышенной угрозой возникновения кризисов в области здравоохранения. Когда это возможно, контрмеры медицинского характера (в том числе вакцины, лечебные средства и методы диагностики) следует разрабатывать до такой стадии, когда их можно было бы легко испытать и воспроизвести в случае вспышки заболевания. Для достижения этого необходимо решить вопросы, о которых идет речь ниже.

1. Создание более действенных стимулов для проведения исследований и разработок, касающихся «забытых» болезней

192. Во-первых, необходимо повысить заинтересованность научно-исследовательских центров в поиске средств лечения «забытых» инфекционных заболеваний и других возбудителей опасных болезней. Поскольку рынок не создает в этом плане необходимых стимулов, для обеспечения того, чтобы более значительные ресурсы выделялись на борьбу с этими патогенами, нужно вмешательство государства. Достижению этой цели может помочь ряд инструментов экономической политики разного уровня эффективности и действенности. К числу таких инструментов относятся прямые государственные или частные субсидии, освобождение организаций, проводящих необходимые исследования и разработки, от налогов, премии за успешное достижение научных результатов, авансовые рыночные обязательства или субсидирование базовых исследований.

193. Можно было бы также рассмотреть ряд стимулирующих механизмов регламентационного характера. Например, в декабре 2014 года Конгресс Соединенных Штатов принял закон о борьбе с Эболой, в соответствии с которым Эбола включена в программу приоритетного рассмотрения заявок на лекарства от этой болезни в Администрации по контролю за продуктами питания и ле-

[7] Сообщается, что благодаря этим усилиям применение экспериментальной вакцины дало хорошие результаты 31 июля 2015 года при проведении клинических испытаний в Гвинее. В ходе клинических испытаний была проведена проверка нескольких других вакцин.

карствами. Это дает возможность разработчикам вакцины от соответствующего «забытого» тропического заболевания право на приоритетное рассмотрение Администрацией по контролю за продуктами питания и лекарствами любого разрабатываемого лекарственного средства.

194. Наиболее эффективное сочетание различных мер финансового или регламентационного характера, которое следует применить, зависит от конкретного возбудителя заболевания, а также от ряда других факторов. Но в любом случае в конечном итоге потребуется государственное финансирование. В этой связи Группа настоятельно выступает за создание специального фонда для финансирования исследований и разработок, действующего под контролем ВОЗ (см. рекомендацию 22 в разделе, посвященном финансовым и экономическим мерам).

2. Установление приоритетности исследований возбудителей инфекционных заболеваний

195. Хотя существует целый ряд недостаточно изученных патогенов, которые могут создавать угрозу человечеству, неясно, какой из них приведет к следующей вспышке заболевания и поэтому исследованию какого из них нужно уделить приоритетное внимание. На сегодняшний день разные страны и учреждения создали свои собственные списки приоритетных исследований, но какого-либо единого перечня, составленного с учетом вероятных рисков, пока не существует. В то же время в списках стран основное внимание уделяется национальным приоритетам и потенциально упускаются из вида заболевания, которые скорее всего могут представлять серьезную международную угрозу. Кроме того, когда заходит речь о разработке вакцин, следует помнить, что здесь приходится идти на серьезные компромиссы. Представитель одной фармацевтической компании сообщил Группе, что для того, чтобы изготовить достаточное количество экспериментальной вакцины от Эболы для клинических испытаний, компании пришлось приостановить производство вакцины от ротавируса, возбудителя болезни, который убивает в среднем 450 000 детей каждый год. Отсутствие списка приоритетных исследований приводит к тому, что в частном секторе решение о распределении ресурсов принимается на основе критериев, определяемых отдельным человеком. Решения о выборе соответствующих направлений исследований должны приниматься, исходя из ряда приоритетов, разработанных предусмотренным законом директивным органом, а не частным сектором.

196. Группа считает, что необходимо установить приоритетность инфекционных заболеваний, изучение которых и разработка вакцин от которых имеют право на получение государственной поддержки. Кроме того, Группа считает, что ВОЗ является именно тем учреждением, которое вправе устанавливать приоритетность исследований недостаточно изученных патогенов, способных представлять угрозу возникновения кризисов в области здравоохранения. ВОЗ также должна помочь определить, какие технологические платформы в наибольшей степени пригодны для изучения медицинских профилактических мер. Задача такой деятельности должна состоять в разработке методов диагностики и в выделении вакцин или лечебных средств на первом этапе исследований в отношении 20 приоритетных возбудителей инфекционных заболеваний, чреватых опасностью возникновения будущего кризиса медицинского происхождения.

Рекомендация 13
ВОЗ координирует работу по установлению приоритетности научно-исследовательской деятельности в мире в связи с изучением «забытых» болезней, которые представляют наибольшую угрозу возникновения кризисов медицинского происхождения.

- Секретариат ВОЗ, руководствуясь рекомендациями консультативных групп по вопросам иммунизации и исследований, составляет и ведет список приоритетных инфекционных заболеваний, которые скорее всего могут стать причиной кризиса в области здравоохранения и которые поэтому требуют приоритетного внимания при разработке вакцин, лечебных средств и методов быстрой диагностики. Установление приоритетности должно основываться на четко определенных критериях.
- ВОЗ помогает выявлять технологические платформы, которые могут ускорить производство вакцин и лечебных средств для профилактики вспышек заболеваний, вызванных новыми возбудителями или штаммами.

3. Обеспечение доступа лекарственным препаратам и повышение их доступности

197. Даже когда вакцины и лечебные средства имеются в наличии, они зачастую бывают слишком дороги и недоступны для нуждающихся. В частности, Группа признает важное значение предоставления людям, затронутым вспышкой инфекционного заболевания, соответствующего доступа к вакцинам. Ряд программ, в частности, ГАВИ, направлены на то, чтобы имеющиеся вакцины и лекарственные препараты поступали в развивающиеся страны по доступной цене. Страны могут также воспользоваться существующими гибкими возможностями, предусмотренными Соглашением Всемирной торговой организации (ВТО) по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС) для обеспечения охраны здоровья населения или предоставления доступа к лекарствам для всех, как это предусматривается целью 3(b) в области устойчивого развития[8]. Группа призывает принять дополнительные меры для обеспечения доступа к лекарственным препаратам и повышения их доступности.

198. Доступ к лекарственным препаратам требует не только наличия способности получить недорогие лекарства на международном рынке. Он требует также наличия эффективной системы распределения и применения лекарств на общинном уровне, в том числе в сельских районах. В прошлом усилия, направленные на оказание развивающимся странам помощи в получении доступных лекарственных препаратов и вакцин иногда подрывались отсутствием функционирующей системы здравоохранения, так как лекарства невозможно было доставить больным или невозможно было обеспечить регулярное наблю-

[8] Цель 3(b) гласит: «Оказать поддержку в проведении научных исследований и разработке вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфекционных заболеваний, которые в первую очередь затрагивают развивающиеся страны, обеспечить доступность недорогих основных лекарств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение», в которой подтверждается право развивающихся стран в полном объеме использовать положения Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности в отношении гибких возможностей в целях охраны здоровья населения, и, в частности, обеспечить доступ к медикаментам для всех».

дение за состоянием пациентов. В этой связи следует отметить, что такие учреждения, как ГАВИ и Глобальный фонд, выделяют часть своих ресурсов на укрепление систем здравоохранения и каналов снабжения.

Рекомендация 14
Принимаются безотлагательные меры для обеспечения всеобщего доступа к лекарственным препаратам, вакцинам и другим жизненно важным средствам и повышения их доступности.

- Учитывая наличие разрыва между необходимостью возмещения капиталовложений и финансирования исследований и необходимостью обеспечения наличия доступных лекарств, выделяются дополнительные государственные ассигнования в поддержку всеобщего доступа к лекарственным препаратам, вакцинам и другим жизненно важным средствам и повышения их доступности.
- Активизировать усилия, направленные на обеспечение доступа к лекарственным препаратам и повышение их доступности по линии ГАВИ, Глобального фонда и таких инициатив, как ЮНИТЭЙД.
- Расширить использование нефирменных товаров, с тем чтобы сделать лекарственные препараты менее дорогими.
- Страны и партнеры обеспечивают доступ к недорогим важнейшим лекарственным препаратам и вакцинам в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение». В этой связи необходимо последовательно использовать в полной мере гибкие возможности, заложенные в Соглашении по ТРИПС.

4. Обеспечение своевременного обмена биоматериалами

199. В случае вспышки заболевания разработка контрмер медицинского характера в связи с новым возбудителем инфекции требует быстрого предоставления соответствующих образцов научно-исследовательским лабораториям во всем мире. Хотя и не существует формального юридического обязательства на этот счет, большинство стран, затронутых эпидемией, добровольно предоставляли соответствующие биоматериалы и образцы лабораториям ВОЗ и международным исследовательским лабораториям, с тем чтобы ускорить разработку мер реагирования. Однако в последние годы возросла обеспокоенность в отношении справедливости распределения выгод, в том числе вакцин или способов лечения, полученных на основании предоставленных образцов. Широко известен случай, произошедший в 2006 году, когда министр иностранных дел Индонезии объявил, что его страна не предоставит штамма вируса H5N1 (птичьего гриппа), которым была затронута его страна, иностранным лабораториям. Объясняя это решение, правительство Индонезии конкретно указало, что иностранные ученые проводят исследования этого заболевания без участия индонезийских специалистов. Кроме того, отмечалось, что одна многонациональная компания разрабатывает вакцину от этого вируса, но неясно, смогут ли люди, в наибольшей степени пострадавшие от этого вируса в Индонезии, воспользоваться этой вакциной. Правительство Индонезии частично обосновало это решение ссылкой на Конвенцию о биологическом разнообразии, которая гласит, что страны имеют суверенное право распоряжаться своими биологическими ресурсами, и в которой закреплены принципы доступа и совместного

использования выгод. Этот случай вызвал споры в отношении справедливой компенсации и совместного использования выгод в связи с предоставлением биоматериалов, и соответствующий опыт учитывался в ходе переговоров по двум правовым документам по данному вопросу.

200. Первым таким документом является Нагойский протокол регулирования доступа к генетическим ресурсам и своевременного использования на справедливой и равной основе выгод от их применения. Принятый в 2010 году в качестве дополнения к Конвенции о биологическом разнообразии, Нагойский протокол представляет собой правовую базу, регулирующую совместное использование на справедливой и равной основе выгод от применения генетических ресурсов. Протокол вступил в силу в 2014 году. Хотя этот Протокол касается обмена биоматериалами в контексте чрезвычайных ситуаций, одни специалисты считают, что его процедуры являются слишком громоздкими, чтобы обеспечить быстрое реагирование, а другие не уверены в том, применяется ли Протокол к новым патогенам.

201. Вторым инструментом является Механизм обеспечения готовности к пандемическому гриппу (Механизм ГПГ), согласованный государствами-членами ВОЗ в свете решения, принятого Индонезией в 2006 году. Этот Механизм предусматривает ускоренную процедуру обмена образцами вирусов гриппа, которые могут иметь пандемические последствия, и устанавливает порядок обеспечения равного и справедливого доступа к выгодам от совместного использования таких образцов (главным образом это касается пандемических вакцин). Однако Механизм ГПГ применяется исключительно к узкому набору вирусов гриппа, которые могут иметь пандемические последствия, и не касается обмена образцами других возбудителей, включая Эболу и БВРС. Кроме того, действие этого Механизма не имеет юридически обязательной силы согласно международному праву, и его положения, касающиеся добровольного совместного использования выгод, не подкреплены надежными исполнительными процедурами.

202. Несмотря на наличие двух инструментов, касающихся обмена биоматериалами, по-прежнему сохраняется значительная правовая неопределенность в отношении условий, при которых может или должен осуществляться обмен образцами будущих новых патогенов. Группа считает, что следует разработать четкие, имеющие обязательную юридическую силу руководящие принципы в отношении обмена биоматериалами в контексте кризиса в области здравоохранения, включая положения о совместном использовании на справедливой и равной основе выгод от их применения. Группа рекомендует ВОЗ предложить своим государствам-членам обсудить вопрос о распространении сферы охвата Механизма ГПГ на другие патогенны, помимо вирусов гриппа, с учетом принципов Нагойского протокола.

Рекомендация 15
ВОЗ предлагает государствам, являющимся ее членами, провести переговоры по Механизму обеспечения готовности к пандемическому гриппу в целях распространения его на другие, новые патогены, придания ему обязательной юридической силы и обеспечения соответствующей сбалансированности обязанностей и выгод в соответствии с принципами Нагойского протокола 2010 года к Конвенции о биологическом разнообразии.

5. Поощрение нефармакологических медицинских исследований

203. Помимо потребности в проведении большего количества исследований и разработок вакцин, лечебных средств и методов диагностики существует необходимость в поощрении новаторско-исследовательской работы в области нефармакологической продукции, оборудования и подходов, которые имеют важное значение для преодоления кризисов в области здравоохранения. Внедрение средств «мобильной медицины» использование мобильных телефонов для ввода и поиска информации и обмена данными между местными медицинскими работниками является важным нововведением в деле обеспечения наблюдения за состоянием пациентов на местах, которое заслуживает распространения. ВОЗ следует координировать и поощрять исследования в области новых и инновационных мер, касающихся обеспечения готовности, наблюдения и реагирования при возникновении угроз здоровью населения. Создание национальной научно-исследовательской базы также позволит сделать национальные механизмы реагирования более гибкими и адаптируемыми к особенностям кризисов в области здравоохранения.

6. Создание научно-производственного потенциала в развивающихся странах

204. Существует значительный разрыв между развитыми странами и странами с формирующейся рыночной экономикой и наименее развитыми странами в способности исследовать, разрабатывать и производить лекарственные препараты. Формирование в наименее развитых странах даже базового потенциала в этой области поможет заложить эпидемиологическую базу и создать возможности для подготовки местных врачей. Это позволит также расширить местные знания в отношении заболеваний, существующих в регионе, поможет создать лаборатории и обеспечит принятие более разнообразных внутренних контрмер медицинского характера при возникновении вспышки заболевания.

Рекомендация 16
ВОЗ играет лидирующую роль в усилиях по оказанию развивающимся странам помощи в создании научно-производственного потенциала в области вакцин, лечебных средств и методов диагностики, в том числе на основе сотрудничества Юг-Юг.

- ВОЗ и ее партнеры в ускоренном порядке оказывают техническую и финансовую помощь таким инициативам, как Сеть производителей вакцин в развивающихся странах.
- Прилагаются усилия по привлечению специалистов по линии сотрудничества Юг-Юг.

- Разрабатываются и пользуются поддержкой важнейшие исследовательские программы в областях биологических и социальных наук, ветеринарии, инженерного дела и смежных областях.

7. Разработка протоколов, касающихся проведения медицинских исследований при возникновении вспышек заболеваний

205. Необходимо разработать более действенные протоколы, касающиеся проведения клинических испытаний в условиях возникновения вспышек заболеваний. Вспышка лихорадки Эбола в Западной Африке показала, что применение стандартных протоколов, касающихся проверки новых лекарств, включая проведение контрольных проверок на основе случайной выборки в контексте острых кризисов в области здравоохранения, вызывает ряд опасений этического характера. В частности, высказывались сомнения в отношении того, есть ли основания при возникновении вспышки заболевания с высоким уровнем смертности запрещать отдельным пациентам, входящим в «контрольную группу», применять экспериментальные лекарства, что является стандартным требованием в случае контрольной проверки на основе случайной выборки. Высказывается также обеспокоенность в отношении того, что не все пациенты, участвующие в испытаниях, надлежащим образом информированы о соответствующих рисках. Многие из этих опасений следовало бы снять посредством разработки соответствующих стандартов ВОЗ.

8. Разработка договора об экстренных мерах в условиях чрезвычайной ситуации медицинского происхождения, вызывающей международную обеспокоенность

206. Для выполнения регламентационных требований и решения других проблем, связанных с ускорением темпов международного реагирования в случае объявления ЧСЗМЗ, Группа считает, что необходимо выработать международное соглашение, которое предусматривало бы принятие в конкретные сроки экстренных мер для содействия быстрому глобальному реагированию. Такие «экстренные меры» могли бы включать специальные положения, касающиеся обмена биоматериалами, протоколов в отношении проверки экспериментальных вакцин в контексте вспышки заболевания, доступа к контрмерам медицинского характера и вакцинам, автоматической выдачи виз и медицинского освидетельствования заранее отобранных специалистов по борьбе с эпидемией, доступа к средствам медицинской эвакуации в заранее выбранные места лечения, разрешений на пролет через воздушное пространство стран и освобождение от таможенной проверки соответствующих материалов, используемых в процессе реагирования на вспышку заболевания.

C. Финансовые и экономические меры

207. Создание более эффективной системы предотвращения кризисов медицинского происхождения и реагирования на них потребует существенных и устойчивых капиталовложений. Обеспечение адекватной готовности к обнаружению на начальном этапе вспышек инфекционных заболеваний, создание всеобъемлющей системы раннего реагирования и формирование потенциала в области исследований и разработок в поддержку этих усилий не могут обойтись без существенного финансирования. В то же время необходимые капита-

ловложения являются небольшими в сравнении с теми огромными издержками, которые приходится нести из-за эпидемий, как с точки зрения человеческих жизней, так и утраченных возможностей экономического роста.

208. В ходе консультаций Группа отметила, что необходимо учитывать шесть различных аспектов, вызывающих обеспокоенность в связи с финансированием.

1. Мобилизация финансовых средств для создания базового потенциала, необходимого для выполнения ММСП

209. Нехватка финансовых средств является одним из основных препятствий на пути создания базового потенциала, необходимого для выполнения ММСП. Призывая все страны увеличить долю своих национальных бюджетов, выделяемую сектору здравоохранения, в том числе на создание базового потенциала для выполнения ММСП, Группа признает, что многие страны, особенно наименее развитые, нуждаются также в существенной международной помощи.

210. Уже выдвинуто несколько инициатив, направленных на оказание странам помощи в выполнении ММСП, и эти обязательства следует выполнять. Например, в 2014 году Соединенные Штаты совместно с несколькими странами-партнерами, а также ВОЗ, Всемирной организацией здравоохранения животных и Продовольственной и сельскохозяйственной организацией Объединенных Наций (ФАО) выступили с инициативой осуществления Глобальной повестки дня в области охраны здоровья. В этой Повестке дня ставится задача в течение следующих пяти лет оказать помощь 30 странам в создании базового потенциала, необходимого для выполнения ММСП. Только Соединенные Штаты обещали выделить на реализацию этой Повестки дня 1 млрд. долл. США. Хотя круг ведения Повестки дня не ограничивается созданием базового потенциала для выполнения ММСП, тем не менее эта программа является важным источником финансирования и опыта в поддержку выполнения ММСП в развивающихся странах. В октябре 2015 года группа в составе семи министров здравоохранения решила предложить по меньшей мере 60 странам, в том числе странам Западной Африки, помощь в течение следующих пяти лет в выполнении ММСП, в том числе по линии Глобальной повестки дня в области охраны здоровья, а также в решении ее общих задач и осуществлении других многосторонних инициатив. Инициативы такого рода следует расширять и рассматривать как источники финансовой поддержки для предлагаемого периодического рассмотрения хода выполнения основных требований, связанных с ММСП.

211. С целью дополнить предпринимаемые на двустороннем и многостороннем уровнях усилия в поддержку создания базового потенциала для выполнения ММСП, Группа рекомендует ВОЗ взять на себя ведущую роль в деле выявления дополнительных источников финансовой и технической поддержки. При этом следует стремиться обеспечить, чтобы все страны, участвующие в процессе периодического обзора хода выполнения требований ММСП, касающихся создания базового потенциала, пользовались гарантированной финансовой поддержкой, если это необходимо для устранения пробелов, выявленных в ходе такого обзора.

Рекомендация 17
Генеральный директор ВОЗ, в партнерстве со Всемирным банком, региональными банками развития, другими международными организациями, партнерами, фондами и частным сектором, играет ведущую роль в деле мобилизации финансовой и технической поддержки создания базового потенциала, необходимого для выполнения ММСП.

2. Устойчивое финансирование центра ВОЗ по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них

212. Даже если все страны добьются выполнения требований ММСП, касающихся создания базового потенциала, все равно сохраняется необходимость в надежном оперативном центре, способном обеспечить быстрое реагирование в случае возникновений серьезных вспышек заболеваний, с которыми не может справиться та или иная страна в одиночестве. ВОЗ, как ведущему учреждению системы Организации Объединенных Наций в области охраны здоровья, следует наращивать потенциал своего центра по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них, о котором идет речь в рекомендации 7. В силу того, что предлагаемый центр будет выполнять основные функции по наблюдению и реагированию, он должен финансироваться за счет начисленных взносов в бюджет ВОЗ.

213. В этой связи Группа отметила, что, если объем целевых взносов значительно возрос, то бюджет ВОЗ, формируемый за счет начисленных взносов, остается неизменным на протяжении ряда лет. Нынешний годовой бюджет ВОЗ, формируемый за счет начисленных взносов, бюджет ведущей организации в области охраны здоровья в мире, составляет 465 млн. долл. США. Работа организации по реагированию на чрезвычайные ситуации финансируется исключительно за счет добровольных взносов. Иными словами, финансирование этих основных направлений деятельности является непредсказуемым и зачастую недостаточным. В некоторых случаях органы ВОЗ, занимающиеся обеспечением готовности, наблюдением и реагированием, получают менее половины необходимых средств.

214. В свете вышеизложенного Группа настоятельно призывает государства-члены увеличить объем финансирования этой организации за счет начисленных взносов по меньшей мере на 10 процентов. Эти дополнительные средства следует использовать для финансирования некоторых дополнительных функций, возложенных на ВОЗ, включая проводимый ею более строгий периодический обзор хода выполнения требований ММСП, касающихся создания базового потенциала, и для покрытия оперативных расходов центра ВОЗ по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них.

Рекомендация 18
Государства-члены ВОЗ увеличивают объем своих начисленных взносов в бюджет ВОЗ по меньшей мере на 10 процентов

215. С учетом существенных финансовых потребностей, возникающих в связи с укреплением потенциала ВОЗ в области реагирования на чрезвычайные ситуации, который следует рассматривать как всеобщее общественное достояние, Группа рекомендует также 10 процентов всех добровольных взносов, поступающих в ВОЗ, в дополнение к покрытию вспомогательных расходов по про-

граммам — в обязательном порядке выделять на финансовую поддержку потенциала ВОЗ в области реагирования на чрезвычайные ситуации.

Рекомендация 19
Десять процентов всех добровольных взносов, поступающих в ВОЗ, — помимо покрытия вспомогательных расходов по программам — в обязательном порядке направляются на поддержку центра по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них.

3. Финансирование действенных мер по реагированию на чрезвычайные ситуации

216. В настоящее время большая часть деятельности по реагированию на чрезвычайные ситуации, возникающие в связи со вспышками заболеваний, зависит от финансирования за счет добровольных взносов. Международное сообщество не располагает существенными средствами, которыми можно было бы воспользоваться в сжатые сроки. Когда объявляется ЧСЗМЗ, финансовые средства появляются обычно после того, как достаточно большое число партнеров объявляют о своей готовности оказать поддержку. Однако на выделение обещанных средств затрачивается ценное время, что может задержать принятие первоначальных мер реагирования. Необходимо как-то восполнить пробел, возникающий до момента получения обещанных добровольных взносов, необходимых для реагирования на чрезвычайную ситуацию. Иными словами, хотя добровольные взносы имеют огромное значение, они не могут заменить оперативного и предсказуемого финансирования.

217. Признавая эту необходимость, ВОЗ недавно учредила Фонд непредвиденных расходов на случай чрезвычайных ситуаций в размере 100 млн. долл. США. Группа поддерживает создание такого фонда. С учетом того факта, что принятие активных мер на раннем этапе возникновения заболевания имеет наибольшие шансы приостановить распространение эпидемии, Группа считает, что увеличение средств этого Фонда до 300 млн. долл. США в значительной мере повысит его эффективность. Фонд непредвиденных расходов должен полностью финансироваться за счет начисленных взносов (в соответствии с нынешней шкалой взносов) и пополняться тем же методом.

218. Кроме того, большая часть помощи за счет добровольных взносов поступает на двусторонней основе и идет конкретным организациям или группам, при этом ВОЗ не располагает необходимыми возможностями для эффективной координации программ реагирования. Поэтому средствами недавно созданного Фонда непредвиденных расходов должны иметь возможность пользоваться не только ВОЗ, но и другие партнеры в области охраны здоровья.

Рекомендация 20
Государства-члены к концу 2016 года выделяют в Фонд непредвиденных расходов ВОЗ на случай чрезвычайных ситуаций финансовые средства в объеме не менее 300 млн. долл. США.

- Средствами из Фонда непредвиденных расходов могут пользоваться члены Группы по вопросам здравоохранения, при этом ВОЗ оставляет за собой координирующую роль.

- Для обеспечения предсказуемого финансирования Фонд непредвиденных расходов полностью финансируется государствами-членами в соответствии с нынешней шкалой начисленных взносов. Он должен быть в полном объеме обеспечен средствами к концу 2016 года и должен незамедлительно восполняться по мере расходования средств.

219. Фонд финансирования в случае пандемий, предлагаемый Всемирным банком, также может сыграть важную роль в финансировании мер реагирования на раннем этапе. В этом фонде будет использоваться сочетание инструментов льготного финансирования и новаторских механизмов страхования для предоставления средств странам, затронутым пандемией, если вспышка заболевания соответствует заранее установленным критериям. Это позволит странам получить остро необходимую финансовую помощь в первые дни возникновения кризиса.

Рекомендация 21
Всемирный банк незамедлительно принимает меры для обеспечения оперативной готовности фонда финансирования в случае пандемий.

- Ежегодные страховые взносы наименее развитых стран в фонд финансирования в случае пандемий покрываются за счет дополнительных средств, выделяемых партнерами.
- Приоритетность использования средств фонда финансирования в случае пандемий устанавливают национальные власти затронутой страны, руководствуясь национальными планами реагирования, при этом соответствующие организации оказывают техническую поддержку.

4. Финансирование исследований и разработок в связи с «забытыми» заболеваниями, которые могут стать причиной возникновения кризиса в области здравоохранения

220. Учитывая высокую стоимость создания вакцин, необходимо выделять достаточные средства для проведения исследований и разработок в связи с «забытыми» заболеваниями. В 2013 году лишь 3,2 млрд. долл. США было затрачено на изучение более 20 «забытых» тропических заболеваний, тогда как во время вспышки Эболы было выделено по меньшей мере 500 млн. долл. США для создания соответствующей вакцины. Необходимо изыскать достаточные средства для финансирования создания вакцин или разработки контрмер с учетом списка приоритетных возбудителей заболеваний, которые наиболее опасны с точки зрения возникновения кризиса в области здравоохранения (см. рекомендацию 13). Задача состоит в том, чтобы обеспечить наличие подходящих вакцин и лечебных средств, которые прошли первый этап клинических испытаний, с тем чтобы можно было провести их быструю проверку и развернуть их производство в случае вспышки заболевания.

221. Группа рекомендует создать фонд в размере 1 млрд. долл. США для поддержки исследований и разработок вакцин, лечебных средств и методов диагностики для «забытых» инфекционных заболеваний, которым ВОЗ уделяет приоритетное внимание. Этот фонд должен также использоваться — в случае необходимости — для поддержки и поощрения исследований и разработок во время кризиса. Он должен пополняться на ежегодной основе и считаться

неотъемлемой частью системы обеспечения глобальной готовности к кризисам в области здравоохранения.

222. Для максимально эффективного поощрения исследований и разработок применяемые системы стимулирования должны учитывать особенности каждого выявленного патогенна и предполагать использование широкого круга имеющихся экономических и регламентационных механизмов.

Рекомендация 22
ВОЗ осуществляет надзор за созданием и пополнением международного фонда, годовой объем которого составлял бы не менее 1 млрд. долл. США, для поддержки исследований и разработок вакцин, лечебных средств и методов быстрой диагностики для «забытых» инфекционных заболеваний.

- Этот фонд призван обеспечить защиту от будущих кризисов в области здравоохранения и должен дополнять существующие механизмы, которые предназначены для поддержки научно-исследовательской работы по выявлению вакцин, лечебных средств и методов диагностики для существующих эндемических инфекционных заболеваний, таких как малярия, туберкулез и ВИЧ/СПИД.
- Этот фонд используется для поощрения исследований и разработок вакцин, лечебных средств и методов быстрой диагностики заболеваний, которые фигурируют в списке приоритетных патогеннов, выявленных консультативными комитетами при Всемирной ассамблее здравоохранения.
- В зависимости от особенностей каждого патогена применяются конкретные методы поощрения исследований и разработок, с тем чтобы достичь быстрых результатов при минимальных расходах.

5. Ослабление экономических последствий кризисов в области здравоохранения

223. Опыт, накопленный в борьбе со вспышками ТОРС, H1N1 и Эболы, показывает, что эпидемии инфекционных заболеваний часто сопровождаются серьезными экономическими последствиями, которые затрагивают далеко не только первоначально пострадавшие страны. В случае вспышки Эболы в Западной Африке примерно 70 стран ввело более 500 ограничений на поездки или торговлю товарами из затронутых стран сверх тех временных мер, которые были рекомендованы Комитетом ВОЗ по чрезвычайной ситуации. Эти ограничения, многие из которых до сих пор остаются в силе, сопровождаются значительными экономическими издержками для затронутых стран и всего мира.

224. Для предотвращения таких экономических последствий необходимо принять соответствующие меры по трем причинам. Во-первых, последствия сокращения экономической деятельности, вызванного заболеванием, зачастую оказываются даже более тяжелыми и разрушительными, чем сама вспышка заболевания, и поэтому заслуживают отдельного внимания. Во-вторых, опасения негативных экономических последствий, которые грозят стране после публичного объявления о вспышке заболевания, являются серьезным фактором, который удерживает страны от оперативного информирования ВОЗ о начале эпидемии. В-третьих, ограничения на поездки и торговлю могут сдерживать международные усилия по реагированию на инфекцию, так как они не дают воз-

можности медицинским и другим работникам приехать в затронутую страну или ввести необходимые материалы, используемые для борьбы с инфекцией. Поэтому создание более эффективных механизмов, которые предотвращали бы или смягчали экономические последствия кризиса в области здравоохранения, является неотъемлемой составной частью любой глобальной системы реагирования на кризисы такого рода.

225. Поскольку обеспечение того, чтобы меры по охране здоровья населения не создавали особых помех для свободного передвижения и торговли, должно быть несомненной целью ММСП, Группа считает, что Комитет по обзору ММСП является именно тем органом, которому следует поручить рассмотрение путей предотвращения или смягчения негативных экономических последствий кризисов в области здравоохранения, особенно после объявления ЧСЗМЗ. В то же время Группа отмечает еще несколько возможных вариантов, которые можно было бы изучить для достижения этой цели.

226. Во-первых, можно было бы разработать финансовые механизмы для содействия выплате странам, пострадавшим в результате объявления ЧСЗМЗ, компенсации за те экономические потери, которые они понесли в результате ограничений на торговлю и поездки, введенные другими странами, и/или в результате решений частного сектора. В этой связи можно было бы изучить возможность применения страховых механизмов, подобных фонду финансирования в случае пандемий, а также использования таких механизмов возмещения, не связанных со страхованием, как субсидии или займы.

227. Во-вторых, следует рассмотреть вопрос об усилении механизмов обеспечения соблюдения ММСП. На данный момент временные рекомендации, выносимые Генеральным директором ВОЗ при объявлении ЧСЗМЗ, не имеют обязательной юридической силы для государств-членов. В ММСП четко признается право государств-участников применять меры по охране здоровья, которые обеспечивают большую степень защиты, чем те меры, которые рекомендованы ВОЗ. В то же время ММСП требуют, чтобы эти меры не были более ограничительными для торговли и поездок, чем это необходимо, и основывались на научных принципах, имеющихся научных данных и/или рекомендациях ВОЗ. Такие меры необходимо довести до сведения ВОЗ, и организация может обратиться к государствам-членам с просьбой пересмотреть вопрос об их применении. Однако в ММСП в настоящее время не предусмотрено никаких дополнительных мер на этот случай, если страна вводит ту или иную меру, которая не является оправданной с точки зрения научных принципов или данных. Поэтому следует рассмотреть вопрос об усилении соответствующих полномочий ВОЗ и предоставлении компенсации в случае, когда ограничения на торговлю и поездки сочтены выходящими за рамки временных рекомендаций ВОЗ без достаточных на то оснований.

228. В-третьих, следует изыскать способ решения проблемы чрезмерных ограничений на поездки и запретов на выдачу виз в случае объявления ЧСЗМЗ. Учитывая важность привлечения достаточного числа медицинских и гуманитарных работников для оказания помощи при возникновении кризисов в области здравоохранения, особое внимание следует уделить ограничениям, которые не дают возможности таким работникам прибыть в затронутые страны.

229. И наконец, необходимо решить проблему влияния страха перед эпидемиями среди населения. Негативные экономические последствия, связанные с

объявлением ЧСЗМЗ, в значительной степени проистекают из опасения частных лиц посещать соответствующие районы в качестве туристов. Поскольку опасения людей не поддаются регулированию, необходимо повышать осведомленность населения, с тем чтобы люди могли принимать обоснованные решения в отношении рисков, связанных с посещением затронутых стран или приобретением товаров из таких стран.

Рекомендация 23
Комитет по обзору ММСП рассматривает вопрос о разработке механизмов для оперативного принятия мер в связи с односторонними действиями государств и других сторон, которые противоречат временным рекомендациям, вынесенным ВОЗ в связи с объявлением ЧСЗМЗ.

230. Группа отмечает, что имеются возможности для обеспечения большей согласованности между ММСП и соглашениями ВТО, касающимися торговых ограничений, вводимых в контексте ММСП.

231. Торговые ограничения, вводимые в связи со вспышкой заболевания, могут подпадать под действие как ММСП, так и правовой базы ВТО. Если возникает спор в отношении того или иного торгового ограничения, введенного в связи с уведомлениями на основании ММСП, затронутые страны могут ссылаться на любое из этих правовых оснований, поскольку ни одно из них не имеет преимущественной силы.

232. В то же время процедуры, предусмотренные в этих организациях для урегулирования споров, существенно отличаются друг от друга. ММСП предусматривают, что государства-участники «разрешают спор путем переговоров или любыми другими мирными средствами, которые они пожелают выбрать». Если это не приведет к регулированию спора, стороны могут передать его на рассмотрение Генерального директора ВОЗ. И напротив, ВТО предусматривает конкретный, организационно оформленный механизм урегулирования споров, который может на законном основании обязать государство снять торговые ограничения, которые противоречат правовой базе ВТО, или разрешить потерпевшей стороне отменить в ответ на это торговые льготы.

233. Если то или иное торговое ограничение, принятое в связи с уведомлением, предусмотренным ММСП, оспаривается в ВТО, то при урегулировании возникающего спора необходимо обеспечить надлежащий учет международных стандартов и соответствующих рекомендаций, принятых ВОЗ (включая временные рекомендации, принятые Генеральным директором при объявлении ЧСЗМЗ). Следовало бы также рассмотреть вопрос об укреплении правового статуса соответствующей рекомендации ВОЗ в рамках правовой базы ВТО, поскольку она касается стандартов, руководящих принципов или рекомендаций трех других организаций, подписавших Соглашение ВТО по применению санитарных и фитосанитарных мер.

234. В этой связи Группа предлагает секретариатам ВТО и ВОЗ создать совместную комиссию экспертов для изучения правовых баз этих двух организаций и вынесения рекомендаций в отношении выработки согласованного подхода к мерам по ограничению торговли, вводимым в интересах охраны здоровья населения.

Рекомендация 24
ВТО и ВОЗ создают неофициальную совместную комиссию экспертов для рассмотрения возможных мер в целях обеспечения большей согласованности между ММСП и правовой базой ВТО в отношении торговых ограничений, вводимых в интересах охраны здоровья населения.

6. Повышение эффективности помощи и усиление подотчетности

235. Несколько национальных респондентов высказали обеспокоенность по поводу разобщенности международных программ, осуществляемых в их странах, без надлежащей координации с соответствующими органами. Это зачастую приводит к дроблению международных усилий, что порождает дублирование при осуществлении программ и снижает эффективность помощи. В этой связи Группа вновь указывает на важное значение выполнения существующих международных обязательств в данной области.

Рекомендация 25
Страны и партнеры руководствуются Парижской декларацией о повышении эффективности внешней помощи, Аккрской программой действий и Пусанским соглашением о партнерстве, особенно в отношении слаженности мер поддержки, согласованности усилий и взаимной отчетности.

- Все международные участники систематически информируют правительства о той помощи, которую они предоставляют странам, и координируют свои программы с соответствующими отраслевыми министерствами.
- В условиях экстренного реагирования Координатор по чрезвычайной ситуации отвечает за оказание правительству поддержки в обеспечении эффективной координации международной помощи.

VI. Последующие действия и осуществление реформ

236. Вспышка Эболы в Западной Африке в 2014 году была лишь последней из ряда вспышек инфекционных заболеваний, распространение которых можно было бы быстро предотвратить. Если бы в то время существовала эффективная глобальная система охраны здоровья, то масштабы этой вспышки можно было бы существенно ограничить и предотвратить тысячи случаев заболевания и смерти людей. В настоящем докладе излагаются важнейшие реформы, которые необходимо осуществить для создания такой системы и обеспечения защиты населения мира от угрозы пандемий.

237. В то же время Группа серьезно обеспокоена тем, что — как это случалось неоднократно в прошлом — политический момент для проведения важнейших преобразований будет утрачен и столь необходимые инвестиции не будут произведены. Опыт последних лет не внушает особого оптимизма.

238. За последние 20 лет предпринималось несколько аналогичных попыток более надежно защитить мир от инфекционных болезней. Все эти попытки явились реакцией на предшествовавшие бедствия и все они в конечном итоге оказались безуспешными.

239. Так уж случилось, что медленное реагирование в 1995 году на вспышку Эболы в Киквите, Демократическая Республика Конго, и еще две вспышки других заболеваний, преисполнили мировую общественность решимостью пересмотреть ММСП в целях активизации глобального реагирования. Однако эта решимость со временем испарилась и соответствующие переговоры приостановились.

240. В 2003 году эпидемия ТОРС послужила необходимым стимулом к завершению переговоров по ММСП, которые вступили в силу в 2007 году.

241. В 2009 году вспышка пандемии гриппа H1N1, в результате которой погибли примерно 300 000 человек, побудила международную общественность провести обзор ММСП. В результате этого обзора было рекомендовано провести многие из тех реформ, которые предлагаются Группой, включая создание фонда непредвиденных расходов для реагирования на пандемии, формирование глобального резерва медицинских работников и укрепление потенциала ВОЗ в области реагирования на вспышки заболеваний. Большая часть из этих рекомендаций так и не была принята.

242. Вместо этого в 2009/10 году государства-члены урезали общий двухгодичный бюджет ВОЗ на 500 млн. долл. США, и штат подразделений этой организации, ответственных за реагирование на чрезвычайные ситуации, был существенно сокращен. В мае 2015 года — когда только что удалось преодолеть кульминацию вспышки лихорадки Эбола — предложение об увеличении бюджета ВОЗ, формируемого за счет начисленных взносов, лишь на 5 процентов натолкнулось на сопротивление во Всемирной ассамблее здравоохранения. На момент подготовки настоящего доклада общий объем взносов в недавно созданный Фонд непредвиденных расходов ВОЗ на случай чрезвычайных ситуаций составлял 14,3 млн. долл. США, что гораздо меньше намеченной суммы в 100 млн. долл. США.

243. Сейчас вновь такие новые проблемы, как миграция и конфликты, уже вытеснили угрозу пандемий из заголовков информационных сообщений, что может опять привести к утрате наметившейся решимости и к отказу от возможного финансирования мероприятий по реагированию на кризисы в области здравоохранения.

244. Группе сообщили, что отсутствие на национальном, региональном и международном уровнях политического руководства в вопросах обеспечения готовности к кризисам в области здравоохранения и реагирования на них явилось одним из важнейших факторов, препятствующих эффективным действиям в этом направлении. Приоритетные действия в области борьбы с пандемиями должны осуществляться под руководством глав государств и правительств.

245. С учетом вышеизложенного Группа пришла к убеждению, что необходимо создать механизм, который обеспечивал бы поддержание нынешней динамики и проведение остро необходимых реформ. В этой связи Группа настоятельно призывает Генеральную Ассамблею создать «совет высокого уровня по глобальным кризисам в области здравоохранения».

246. Совет высокого уровня мог бы заниматься контролем за выполнением рекомендаций Группы и проведением соответствующих реформ в деле укрепления мировой системы здравоохранения. Он будет представлять регулярные доклады о ходе работы Генеральной Ассамблее.

247. Для обеспечения того, чтобы вопрос предупреждения кризисов медицинского происхождения по-прежнему занимал видное место в глобальной повестке дня, совет должен также следить за созданием подготовительного комитета по организации саммита по глобальным кризисам в области здравоохранения, который намечено провести в 2018 году.

Рекомендация 26
Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций незамедлительно создает совет высокого уровня по глобальным кризисам в области здравоохранения для обеспечения того, чтобы мир был готов и обладал способностью реагировать на кризисы медицинского происхождения.

- Совет высокого уровня следит за решением политических и не связанных с охраной здоровья вопросов, касающихся необходимости предотвращения и обеспечения готовности на случай потенциальных эпидемий глобальных масштабов, которые могут иметь беспрецедентные последствия для экономики, передвижения людей и стабильности, а также восстановления. Он будет утверждать соответствующие рекомендации во время кризисов в области здравоохранения и обеспечивать принятие мер в затронутых областях, помимо области здравоохранения.
- Совет высокого уровня обеспечивает наблюдение за выполнением принятых рекомендаций Группы высокого уровня по глобальному реагированию на кризисы в области здравоохранения на национальном, региональном и международном уровнях и регулярно представляет Генеральной Ассамблее доклады по этому вопросу.
- Совет высокого уровня обеспечивает своевременное выполнение принятых рекомендаций Группы высокого уровня.
- В состав совета высокого уровня входят политические представители 45–50 государств-членов, избранные Генеральной Ассамблеей.
- Совет высокого уровня оказывает поддержку основным мероприятиям по подготовке саммита по глобальным кризисам в области здравоохранения.

Рекомендация 27

В 2018 году созывается саммит по глобальным кризисам в области здравоохранения для рассмотрения вопросов, связанных с обеспечением готовности к кризисам медицинского происхождения и реагированием на них.

248. Группа надеется, что совет высокого уровня будет обеспечивать, чтобы вопрос, касающийся глобальных кризисов в области здравоохранения, занимал в международной повестке дня то место, которое он заслуживает.

Приложение I

Глоссарий

1. **Начисленные взносы** — взносы, которые государства — члены Всемирной организации здравоохранения должны платить за право быть членом Организации; эти взносы рассчитываются на основании объема производства и численности населения конкретной страны[a].

2. **Уровни биобезопасности** — выделяют четыре уровня биобезопасности, каждый из которых состоит из подуровней; в соответствии с присваиваемыми уровнями в лаборатории организуется работа с микробами и патогенами и их хранение. Уровни определяются, среди прочего, в зависимости от степени инфективности, тяжести заболевания, трансмиссивности и характера проводимой работы.

Уровень биобезопасности 1 — случаи, когда патогены неизменно приводят к заболеванию здоровых взрослых, не зарегистрированы; патогены представляют минимальный потенциальный риск для лаборантов и окружающей среды (например, E. coli).

Уровень биобезопасности 2 — патогены представляют умеренный риск для лаборантов и окружающей среды (например, золотистый стафилококк (staphylococcus aureus))[b].

Уровень биобезопасности 3 — патогены могут вызывать серьезные или потенциально смертельные болезни; заражение происходит при попадании инфекции в дыхательные пути (например, микобактерии туберкулеза)[c].

Уровень биобезопасности 4 — самый высокий уровень биологической безопасности; во всем мире насчитывается совсем небольшое количество лабораторий уровня биобезопасности 4. В них работают с особо опасными микроорганизмами, которые передаются воздушно-капельным путем, зачастую приводят к смертельному исходу или вызывают болезни, для лечения которых не существует вакцин и лекарственных препаратов (в качестве примера микробов, с которыми работают в лабораториях уровня биобезопасности 4, можно привести вирус Эболы и вирус Марбург)[d].

3. **Инфекционные заболевания** — заболевания, передаваемые от человека человеку или от животного человеку[e].

4. **Общинные медицинские работники** — низкоквалифицированные представители медицинской профессии в области общественного здравоохранения, образующие костяк медицинского персонала[f]. К их обязанностям относятся: посещение больных на дому; оздоровление окружающей среды; оказание первой помощи и лечение простых и распространенных заболеваний; пропаганда здорового образа жизни; предоставление рекомендаций по питанию и контроль за их выполнением; проведение мероприятий, посвященных охране здоровья

[a] www.who.int/about/funding/assessed/en/.
[b] www.cdc.gov/training/QuickLearns/biosafety/.
[c] www.cdc.gov/training/QuickLearns/biosafety/.
[d] www.cdc.gov/training/QuickLearns/biosafety/.
[e] www.globalhealth.gov/global-health-topics/communicable-diseases/.
[f] www.who.int/hrh/statistics/TechnicalNotes.pdf.

матери и ребенка и планированию семьи; уход за больными туберкулезом и ВИЧ/СПИДом; борьба с малярией; лечение острых респираторных заболеваний; борьба с инфекционными заболеваниями; проведение мероприятий, посвященных развитию общин; выдача направлений к более квалифицированным специалистам; делопроизводство[g].

5. **Коронавирус** — тип обычного вируса, вызывающий болезни верхних дыхательных путей только легкой и средней тяжести. Исключения составляют тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), выявленный в 2003 году, и ближневосточный респираторный синдром, вызванный коронавирусом (БВРС-КоВ), который был выявлен в 2012 году; за последние 15 лет оба этих синдрома стали причиной эпидемий различного масштаба и тяжести[h].

6. **Процесс разработки лекарственных препаратов** — процесс клинических исследований лекарственных препаратов, состоящий из следующих этапов:

Этап I. В ходе первого этапа исследований новый препарат проходит проверку на предмет его безопасности.

Этап II. В ходе второго этапа исследований препарат дается группе пациентов с заболеванием, для лечения которого разрабатывается данный препарат, в целях проверки его эффективности, а также еще раз — на предмет его безопасности.

Этап III. В ходе третьего этапа исследований препарат вновь проверяется на предмет его эффективности и безопасности на больших группах пациентов (от нескольких сотен до нескольких тысяч испытуемых), а также в целях сравнения его с другими имеющимися на рынке лекарственными средствами[i].

7. **Механизм реагирования на чрезвычайные ситуации** — служит для определения ролей и обязанностей ВОЗ и предусматривает общий подход к деятельности ВОЗ в чрезвычайных ситуациях. Кроме того, в рамках Механизма установлено требование, согласно которому ВОЗ должна принимать неотложные и предсказуемые меры реагирования на чрезвычайные ситуации в целях оказания наиболее эффективной помощи пострадавшему населению и принятия ответственности за свои действия[j].

8. **Эндемия** — постоянное существование и/или распространенность заболевания или возбудителя инфекции среди населения, проживающего на определенной географической территории[k].

9. **Эпидемия** — распространение в отдельной группе населения или отдельном регионе болезни, определенного поведения в отношении здоровья или возникновение других связанных со здоровьем инцидентов, явно превышающее обычный регистрируемый уровень. Число случаев, свидетельствующих о вспышке эпидемии, варьируется в зависимости от возбудителя инфекции, раз-

[g] www.who.int/hrh/documents/community_health_workers_brief.pdf.
[h] www.cdc.gov/coronavirus/.
[i] www.who.int/ictrp/glossary/en/#TrialPhase.
[j] www.who.int/hac/about/erf/en/.
[k] www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html.

мера и типа группы затронутого населения, опыта борьбы с данным заболеванием или его отсутствия, а также времени и места вспышки[l].

10. **Иностранная медицинская бригада** — бригада медицинских работников, предоставляемых каким-либо учреждением или страной, которая направляется ВОЗ в целях оказания неотложной медицинской помощи пациентам, пострадавшим от эпидемических заболеваний либо травм или находящихся в состоянии, угрожающем их жизни[m].

11. **Грипп H1N1** — вирус гриппа, который изначально встречался у свиней, но впоследствии, в 2009 году, стал причиной пандемии, и в настоящее время в разных странах мира отмечается сезонный подъем заболеваемости[n].

12. **Грипп H5N1** — вирус «птичьего гриппа», коэффициент смертности которого составляет около 60 процентов; на данный момент зафиксировано совсем небольшое число случаев передачи инфекции от человека к человеку[o].

13. **Здравоохранение** — предоставление услуг в целях поддержания и улучшения физического и психического здоровья[p].

14. **Кластер здравоохранения** — группа учреждений, прилагающих совместные усилия ради достижения общих целей, в частности в сфере реагирования на чрезвычайные ситуации[q]. ВОЗ является ведущим учреждением в Кластере глобального здравоохранения, в состав которого в настоящее время входят более 30 гуманитарных учреждений, организаций и институтов, являющихся партнерами[r].

15. **Кризис в области здравоохранения** — для целей настоящего доклада Группа сосредоточила свое внимание на кризисах в области здравоохранения, обусловленных вспышками новых, острых или повторно возникающих инфекционных заболеваний, которые чреваты распространением в международных масштабах. В целом, кризис в области здравоохранения представляет собой такую ситуацию, когда возможностей системы здравоохранения не хватает для того, чтобы сдерживать распространение болезни и не допускать слишком высокой заболеваемости и смертности; такая ситуация может возникать в результате вспышки заболевания, стихийного бедствия или другого события.

16. **Медицинские работники** — различные специалисты, от низко- до высококвалифицированных, занятые в сфере оказания медико-санитарных услуг и государственных услуг здравоохранения[s].

17. **Система здравоохранения** — система, предназначенная для координации всех мероприятий, необходимых для обеспечения охраны здоровья, восстановления и/или поддержания здоровья отдельных лиц и групп населения[t].

---

[l] www.who.int/hac/about/definitions/en/.
[m] www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt/en/.
[n] www.cdc.gov/h1n1flu/updates/042609.htm.
[o] www.cdc.gov/h1n1flu/updates/042609.htm.
[p] www.oxforddictionaries.com/us/definition/american_english/healthcare.
[q] www.who.int/hac/techguidance/tools/manuals/who_field_handbook/annex_7/en/.
[r] www.who.int/hac/about/faqs/en/index3.html.
[s] www.who.int/whr/2006/06_chap1_en.pdf.
[t] www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html.

18. **Уровни сложности, присваиваемые Межучрежденческим постоянным комитетом гуманитарным чрезвычайным ситуациям** — Межучрежденческий постоянный комитет (МПК) выступает в качестве основного механизма межучрежденческой координации деятельности, связанной с оказанием гуманитарной помощи при возникновении сложных и серьезных чрезвычайных ситуаций, и действует под руководством Координатора чрезвычайной помощи[u]. МПК присваивает чрезвычайным ситуациям гуманитарного характера один из следующих трех уровней: уровень 1 присваивается чрезвычайным ситуациям, с которыми могут справиться страновые отделения учреждений; уровень 2 означает, что принятие мер реагирования на эти чрезвычайные ситуации потребует мобилизации ресурсов за пределами страновых отделений, в частности на региональном уровне; в случае возникновения чрезвычайных ситуаций уровня 3 осуществляется общесистемный переход на режим работы в условиях чрезвычайных ситуаций.

Чрезвычайная ситуация уровня 3 определяется как масштабный и неожиданный гуманитарный кризис, вызванный стихийным бедствием или конфликтом и требующий общесистемной мобилизации в целях обеспечения более эффективного реагирования на гуманитарные потребности пострадавшего населения. Эта исключительная мера применяется только в исключительных случаях, когда серьезный характер кризиса оправдывает мобилизацию ресурсов в большем объеме, чем это обычно ожидается, и при этом признается взаимодополняющий характер гуманитарных систем. О присвоении чрезвычайной ситуации уровня 3, которое происходит в консультации с членами МПК на основе анализа пяти критериев — масштаба, уровня сложности, уровня срочности, потенциала и риска для репутации, — сообщает Координатор чрезвычайной помощи[v].

19. **Профилактика инфекций и инфекционный контроль** — основные принципы, используемые для предотвращения распространения инфекции другим людям, особенно в медицинских учреждениях и общественных местах[w].

20. **Международные медико-санитарные правила (2005 год) (ММСП)** — международно-правовой документ, имеющий обязательную силу для 196 государств-участников во всем мире, включая все государства-члены ВОЗ; ему предшествовали Международные санитарные правила. Цель ММСП состоит в предотвращении международного распространения болезней, предохранении от них, борьбе с ними и принятии ответных мер, которые не создают излишних препятствий для международных перевозок и торговли. Правила предусматривают обязанности и обязательства государств-участников, в частности обязанность уведомлять ВОЗ об определенных вспышках заболеваний и ситуациях в области общественного здравоохранения. Последний пересмотренный вариант ММСП был согласован в 2005 году и вступил в силу 15 июня 2007 года[x].

21. **Основные возможности по ММСП** — в Международных медико-санитарных правилах определяются требования к основным возможностям каждого из 196 государств-участников для гарантии того, что все страны обладают по-

[u] interagencystandingcommittee.org/iasc/membership-and-structure.
[v] https://interagencystandingcommittee.org/node/2564.
[w] www.who.int/topics/infection_control/en/.
[x] www.who.int/ihr/about/faq/en/.

тенциалом, необходимым для выявления и надлежащего реагирования на любые потенциальные чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение (ЧСОЗМЗ)[y].

22. **Комитет по обзору ММСП** — Международные медико-санитарные правила (2005 год) предусматривают учреждение комитета по обзору после урегулирования каждого кризиса в области здравоохранения, который был определен как ЧСОЗМЗ. Этот комитет по обзору должен провести оценку эффективности ММСП в том, что касается предотвращения данного кризиса, обеспечения готовности к нему и принятия соответствующих мер реагирования. В августе 2015 года был создан Комитет по обзору ММСП, которому было поручено оценить эффективность ММСП в борьбе с эпидемией Эболы в Западной Африке.

23. **Наименее развитые страны** — страны с низким уровнем дохода, которые сталкиваются с крайне серьезными структурными препятствиями на пути к устойчивому развитию. В настоящее время насчитывается 48 стран, которые Организация Объединенных Наций относит к категории наименее развитых. Критерий дохода рассчитывается на основании валового национального дохода (ВНД) на душу населения и определяет уровень дохода конкретной страны. Пороговое значение для включения в данную категорию определяется на основании трехгодичного среднего уровня ВНД на душу населения; этот метод применяется Всемирным банком для определения стран с низким уровнем дохода. При проведении обзора 2015 года пороговое значение для включения в категорию наименее развитых стран будет составлять 1035 долл. США[z]7

24. **Ближневосточный респираторный синдром, вызванный коронавирусом (БВРС-КоВ)** — зоонозный вирус, передаваемый от животных людям; впервые выявлен в Саудовской Аравии в 2012 году. БВРС представляет собой вирусное респираторное заболевание, вызванное новым коронавирусом (БВРС-КоВ)[aa].

25. **Мобильное здравоохранение** — один из компонентов электронного здравоохранения, которое предусматривает предоставление медицинских услуг и информации с помощью таких мобильных технологий, как мобильные телефоны, планшетные компьютеры и карманные персональные компьютеры (КПК)[bb].

26. **Нагойский протокол к Конвенции о биологическом разнообразии** — Нагойский протокол регулирования доступа к генетическим ресурсам и совместного использования на справедливой и равной основе выгод от их применения является соглашением, дополняющим Конвенцию о биологическом разнообразии. Этот протокол, который вступил в силу в 2014 году, обеспечивает транспарентную нормативно-правовую базу для совместного получения на справедливой и равной основе выгод, связанных с использованием генетических ресурсов. Цель Нагойского протокола состоит в том, чтобы обеспечить бóльшую юридическую определенность и транспарентность как для поставщиков, так и для пользователей генетических ресурсов за счет создания более

[y] www.phe.gov/Preparedness/international/ihr/Documents/Cor%20Capacity%205_12.pdf.
[z] www.un.org/en/development/desa/policy/cdp/ldc/ldc_criteria.shtml.
[aa] www.who.int/mediacentre/factsheets/mers-cov/en/.
[bb] www.who.int/tb/areas-of-work/digital-health/definitions/en/.

предсказуемых условий доступа к генетическим ресурсам и содействия совместному использованию выгод в тех случаях, когда генетические ресурсы вывозятся из предоставляющих их стран[cc].

27. **Национальный координатор по ММСП** — национальный координатор играет важную роль в предоставлении информации ВОЗ и другим национальным учреждениям, отвечающим за осуществление ММСП, и несет ответственность за координацию, предоставление отчетов и уведомление ВОЗ о ситуациях в области здравоохранения, осуществляемые его или ее страной[dd].

28. **Забытые болезни** — это такие болезни, которые создают серьезные проблемы в области здравоохранения для беднейших слоев населения мира и которым зачастую не уделяется должного внимания со стороны разработчиков лекарственных препаратов, лиц, занимающихся разработкой политики, программ в области общественного здравоохранения и средств массовой информации. Многие забытые болезни представляют собой инфекционные заболевания, главным образом распространенные среди населения в местностях с тропическим климатом, хотя они могут присутствовать и в других точках земного шара[ee].

29. **Забытые тропические болезни** — группа, состоящая из 18 различных инфекционных болезней, которые распространены в зонах тропиков и субтропиков на территории 149 стран, поражая более 1 миллиарда человек и причиняя развивающимся странам экономический ущерб, исчисляемый миллиардами долларов ежегодно. Эти болезни в первую очередь поражают лиц, живущих в условиях нищеты, не имеющих доступа к надлежащим услугам в области санитарии и находящихся в тесном контакте с переносчиками инфекций, домашними животными и скотом[ff].

30. **Неинфекционные заболевания** — также известные под названием «хронические заболевания», эти заболевания являются неинфекционными, т.е. не передаются от человека человеку. Речь идет о продолжительных и, как правило, вялотекущих заболеваниях, к числу которых относятся сердечно-сосудистые заболевания (которые могут приводить, например, к инфарктам и инсультам), раковые заболевания, хронические респираторные болезни (такие как хроническая обструктивная болезнь легких и астма) и диабет[gg].

31. **Официальная помощь в целях развития (ОПР)** — заключается в направлении странам и территориям, а также многосторонним учреждениям денежных средств, при котором выполняются следующие условия: a) такая помощь предоставляется официальными организациями, в том числе правительствами государств и местными властями или органами исполнительной власти; b) каждая операция удовлетворяет следующим двум критериям: i) осуществляется с основной целью способствовать экономическому развитию и благосостоянию развивающихся стран; и ii) является по своему характеру

[cc] www.cbd.int/abs/about/.
[dd] www.who.int/ihr/nfp/en/.
[ee] https://rarediseases.info.nih.gov/files/neglected_diseases_faqs.pdf.
[ff] www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/.
[gg] www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/.

концессионной и включает дотационный компонент в размере по меньшей мере 25 процентов (рассчитанный по ставке дисконтирования 10 процентов)[hh].

32. **«Единое здравоохранение»** — цель концепции «Единое здравоохранение» заключается в улучшении состояния здоровья и благосостояния людей за счет предотвращения рисков и смягчения последствий кризисов, возникающих в результате взаимодействия людей с животными и различными средами их обитания[ii].

33. **Вспышка** — определяется так же, как и «эпидемия», но зачастую описывает ситуацию в более ограниченном географическом районе[jj].

34. **Пандемия** — относится к эпидемии, распространившейся на несколько стран или континентов и, как правило, поразившей большое число людей[kk].

35. **Рамочная программа по обеспечению готовности к пандемии гриппа** — Рамочная программа ГПГ объединяет государства-члены, промышленные круги, другие заинтересованные стороны и ВОЗ в целях применения глобального подхода к обеспечению готовности к пандемии гриппа и принятию мер реагирования. К числу основных целей этой программы относятся укрепление и расширение обмена вирусами гриппа, обладающих пандемическим потенциалом для человека, и расширение доступа развивающихся стран к вакцинам и другим предметам снабжения, необходимым для борьбы с пандемией[ll].

36. **Патоген** — микроорганизм, например бактерия, вирус, паразит или грибок, вызывающий заболевания человека[mm].

37. **Средства индивидуальной защиты** — средства, предназначенные для защиты работников от серьезных травм на производстве или профессиональных заболеваний, полученных или приобретенных в результате контакта с опасными химическими, радиологическими, физическими, электрическими, механическими и другими материалами на рабочем месте. Помимо защитных экранов для лица, защитных очков, касок и спецобуви, к индивидуальным средствам защиты относятся различные средства и предметы одежды, такие как защитные очки-маска, спецодежда, перчатки, жилеты, беруши и респираторы. Однако эффективную защиту такие средства могут обеспечить только в том случае, если пользователи пройдут надлежащее обучение их применению, снятию и утилизации[nn].

38. **Общественное здравоохранение** — наука и искусство поддержания здоровья населения, предупреждения заболеваний и продления жизни людей благодаря организованным усилиям, предпринимаемым обществом[oo].

39. **Чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения** — возникновение или неминуемая угроза возникновения заболевания или расстройства здоровья в результате таких событий, как начало эпидемии или

[hh] www.oecd.org/dac/stats/officialdevelopmentassistancedefinitionandcoverage.htm.
[ii] www.onehealthglobal.net/what-is-one-health/.
[jj] www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html.
[kk] www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html.
[ll] www.who.int/influenza/pip/en/.
[mm] www.cdc.gov/vaccines/about/terms/glossary.htm.
[nn] www.osha.gov/OshDoc/data_General_Facts/ppe-factsheet.pdf.
[oo] www.who.int/rpc/meetings/wr2004/en/index8.html.

пандемии какой-либо болезни, при котором существует серьезный риск того, что такая ситуация может привести к значительному числу человеческих жертв либо оставить большое число людей инвалидами на длительный срок или навсегда[pp].

40. **Чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, имеющая международное значение (ЧСОЗМЗ)** — означает экстраординарное событие, определяемое Международными медико-санитарными правилами (2005 год) как:

a) представляющее риск для здоровья населения в других государствах в результате международного распространения болезни; и

b) могущее потребовать скоординированных международных мер реагирования[qq].

Генеральный директор объявляет ЧСОЗМЗ после консультаций с соответствующим государством-участником и комитетом по чрезвычайной ситуации, назначаемым для вынесения временных рекомендаций по данной чрезвычайной ситуации. При определении того, является ли та или иная ситуация чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, Генеральный директор принимает во внимание следующее:

a) информацию, представленную государством-участником;

b) схему принятия решений, содержащуюся в приложении 2 Международных медико-санитарных правил (2005 год);

c) рекомендации комитета по чрезвычайной ситуации;

d) научные принципы, имеющиеся научные данные и другую важную информацию;

e) оценки степени риска для здоровья людей, риска международного распространения болезни и риска ограничений международных перевозок[rr].

41. **Соглашение по применению санитарных и фитосанитарных мер** — цель этого соглашения состоит в том, чтобы обеспечить соблюдение баланса между правом членов ВТО защищать здоровье своего населения и необходимостью обеспечивать беспрепятственное передвижение товаров через международные границы. В Соглашении признается право членов ВТО принимать законные меры в целях обеспечения продовольственной безопасности и защиты здоровья животных и растений и в то же время следить за тем, чтобы эти меры не применялись без необходимости в протекционистских целях[ss].

42. **Обеспечение всеобщего охвата услугами систем здравоохранения** — подразумевает, что все люди имеют доступ к необходимым им медицинским услугам, не подвергаясь при этом финансовым трудностям. Для этого необходимы эффективная и слаженно функционирующая система здравоохранения, система финансирования медико-санитарных услуг, доступ к основным лекар-

[pp] www.who.int/hac/about/definitions/en/.
[qq] www.who.int/ihr/procedures/pheic/en/.
[rr] www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/.
[ss] www.wto.org/english/thewto_e/20y_e/sps_brochure20y_e.pdf.

ственным средствам и медицинским технологиям, а также хорошо обученный медицинский персонал[tt].

43. **Трансмиссивные болезни** — болезни, передаваемые человеку переносчиками инфекций (не другими людьми или животными), например комарами и клещами[uu].

44. **Всемирная ассамблея здравоохранения** — директивный орган ВОЗ, определяющий политику Организации, назначающий Генерального директора, осуществляющий надзор за финансовой политикой и рассматривающий и утверждающий предлагаемый бюджет по программам[vv].

45. **Страновой представитель ВОЗ** — страновой представитель ВОЗ базируется в стране назначения и отвечает за руководство и управление осуществлением программных инициатив. Этот сотрудник работает в тесном контакте с министерствами принимающей страны, в частности министерством здравоохранения, и другими неправительственными организациями[ww].

46. **Уровни чрезвычайных ситуаций, присваиваемые ВОЗ,** — согласно классификации ВОЗ, чрезвычайные ситуации делятся на четыре группы в зависимости от определенных критериев:

a) уровень не присвоен: ВОЗ производит оценку события или следит за его развитием, но на данный момент принятия мер реагирования от ВОЗ не требуется;

b) уровень I: событие в области здравоохранения происходит в одной или нескольких странах и имеет минимальные последствия для здоровья населения, требующие принятия минимальных мер страновым отделением ВОЗ или минимальных международных мер реагирования под руководством ВОЗ. Страновому отделению требуется минимальная организационная и/или внешняя поддержка. Координацию оказания поддержки страновому отделению обеспечивает координатор в региональном отделении;

c) уровень II: событие в области здравоохранения происходит в одной или нескольких странах и имеет умеренные последствия для здоровья населения, требующие принятия умеренных мер страновым отделением ВОЗ или умеренных международных мер реагирования под руководством ВОЗ. Страновому отделению требуется умеренная организационная и/или внешняя поддержка. За координацию помощи страновому отделению отвечает группа помощи в чрезвычайных ситуациях, работой которой руководит региональное отделение (штаб-квартира руководит работой такой группы только в тех случаях, когда затронуто несколько регионов);

d) уровень III: событие в области здравоохранения происходит в одной или нескольких странах и имеет серьезные последствия для здоровья населения, требующие принятия решительных мер страновым отделением ВОЗ и/или решительных международных мер реагирования под руководством ВОЗ. За ко-

[tt] http://www.who.int/universal_health_coverage/en/.

[uu] http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/emerging_and_vector-borne_diseases/vector-borne_diseases/pages/index.aspx.

[vv] http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/en/.

[ww] http://apps.hr.emory.edu/JobDescriptions/class.jsp?code=XA29.

ординацию помощи страновому отделению отвечает группа помощи в чрезвычайных ситуациях, работой которой руководит региональное отделение[xx].

47. **Зоонозное заболевание** — заболевание, которое передается от животных человеку или наоборот. Зоонозные заболевания могут быть вызваны вирусами, бактериями, паразитами и грибками[yy].

[xx] www.who.int/hac/donorinfo/g3_contributions/en/.
[yy] www.cdc.gov/onehealth/zoonotic-diseases.html.

Приложение II

Основные даты, связанные с кризисом и принятием соответствующих мер реагирования

2013 год

28 декабря — смерть «нулевого пациента», двухлетнего ребенка.

2014 год

18 марта — официальные представители организаций здравоохранения Гвинеи объявляют о вспышке геморрагической лихорадки, сообщая о 35 случаях заболевания и по меньшей мере 23 случаях смертельного исхода. 22 марта Гвинея сообщает о получении подтверждения того, что это заболевание является лихорадкой Эбола.

Конец марта — ВОЗ сообщает о 112 случаях заболевания и 70 случаях смертельного исхода в Гвинее, которые, как подозревается или как было подтверждено, связаны с Эболой. Министерство здравоохранения Либерии подтверждает первые случаи болезни, вызванной вирусом Эбола, у двух пациентов в графствах Лофа и Нимба. В Сьерра-Леоне также зарегистрировано три предполагаемых случая.

Конец апреля — ВОЗ сообщает о 239 случаях заболевания и 160 случаях с летальным исходом, зарегистрированных в Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне.

19 мая — министр здравоохранения Гвинеи информирует Всемирную ассамблею здравоохранения о ситуации с Эболой в его стране, отмечая обнадеживающие результаты.

Конец мая — ВОЗ сообщает о 383 случаях заболевания и 211 случаях с летальным исходом, зарегистрированных в Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне.

17 июня — Либерия сообщает о том, что в столице страны, Монровии, зафиксированы первые случаи заболевания лихорадкой Эбола.

21 июня — организация «Врачи без границ» объявляет о том, что вторая волна эпидемии вышла из-под контроля, и призывает к мобилизации огромных ресурсов для борьбы с эпидемией.

Конец июня — ВОЗ сообщает о 779 случаях заболевания и 481 случае с летальным исходом, зарегистрированных в Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне.

12 июля — в столице Сьерра-Леоне, Фритауне, зарегистрирован первый случай заболевания.

20 июля — пассажир самолета Патрик Сойер, занимающий высокий пост в министерстве финансов Либерии, перевозит вирус из Либерии в Лагос, Нигерия. Это первый случай, когда вирус Эбола перевозится в новую страну воздушным транспортом. В связи с этим составляются срочные планы по созданию комитета по чрезвычайной ситуации для оценки ситуации с Эболой в соответствии с положениями Международных медико-санитарных правил (ММСП). 25 июля Сойер умирает в нигерийской больнице.

29 июля — от Эболы умирает доктор Шейх Умар Хан, ведущий эксперт Сьерра-Леоне по геморрагической лихорадке. На сегодняшний день доктор Хан является самым известным медицинским работником, скончавшимся от Эболы. Всего за время эпидемии от этой болезни скончается порядка 500 медицинских работников.

30 июля — Либерия закрывает школы и вводит карантин в наиболее пострадавших общинах, используя для этого свои вооруженные силы. Сьерра-Леоне начинает направлять войска на места для введения карантина.

Конец июля — ВОЗ сообщает о 1603 случаях заболевания и 887 случаях с летальным исходом, зарегистрированных в Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне.

6–7 августа — в режиме телеконференции проходит первое совещание Комитета ВОЗ по чрезвычайной ситуации, учрежденного в соответствии с ММСП, по вопросу о вспышке заболевания, вызванного вирусом Эбола, в Западной Африке. Комитет приходит к единогласному выводу о том, что вспышку Эболы следует классифицировать как ЧСОЗМЗ согласно ММСП, и доводит эту информацию, вместе со своими временными рекомендациями, до сведения Генерального директора ВОЗ.

8 августа — Генеральный директор ВОЗ объявляет эпидемию Эболы ЧСОЗМЗ.

12 августа — группа экспертов ВОЗ одобряет применение неопробованных лекарственных препаратов и вакцин. Впоследствии начинаются клинические испытания нескольких экспериментальных методов лечения и вакцин-кандидатов.

27 августа — ВОЗ публикует «дорожную карту» по реагированию на эпидемию, в которой излагаются стратегии, категории уровней риска в разных странах и цели с фиксированными сроками осуществления.

29 августа — Сенегал подтверждает первый случай Эболы, диагностированной у гражданина Гвинеи, приехавшего в Дакар. Мужчина выздоравливает, и других случаев не зарегистрировано. 17 октября Сенегал объявляется страной, свободной от вируса Эбола.

Конец августа — согласно статистическим данным ВОЗ, в Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне зарегистрировано 3707 случаев заболевания и 1808 случаев с летальным исходом.

18–19 сентября — Совет Безопасности созывает чрезвычайное заседание (18 сентября) в целях оценки последствий эпидемии как угрозы международному миру и безопасности. Генеральная Ассамблея и Совет Безопасности принимают резолюции о создании Миссии Организации Объединенных Наций по чрезвычайному реагированию на Эболу (МООНЧРЭ); впервые Организация Объединенных Наций создает миссию в ответ на чрезвычайную ситуацию в области здравоохранения.

22 сентября — ВОЗ сообщает в общей сложности о 20 случаях заболевания и 8 случаях с летальным исходом в Нигерии. 20 октября Нигерия объявляется страной, свободной от вируса Эбола.

Конец сентября — согласно статистическим данным ВОЗ, в Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне зарегистрировано 7157 случаев заболевания и 3330 случаев с летальным исходом.

24 октября — в Мали от Эболы умирает двухлетняя гвинейская девочка; это первый случай заболевания Эболой в этой стране. Случаев передачи вируса не зарегистрировано.

27 октября — в клинике в Бамако, Мали, умирает имам из Гвинеи; этот случай является звеном второй цепочки передачи инфекции, не имеющей отношение к первой. Подтверждение того, что больной скончался именно от Эболы, приходит только 11 ноября, когда это заболевание обнаруживается у работающей в той же клинике медсестры. По имеющимся данным, всего в Мали в результате двух вспышек было выявлено восемь случаев заболевания и шесть случаев с летальным исходом.

Конец октября — согласно статистическим данным ВОЗ, в Западной Африке (в Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне) зарегистрировано в общей сложности 13 540 случаев заболевания и 4941 случай с летальным исходом. ВОЗ сообщает о том, что темпы инфицирования в Либерии замедлились, что отчасти объясняется изменением в обрядах погребения усопших. В результате более комплексного анализа баз данных пациентов общее число зарегистрированных ВОЗ случаев заболевания увеличивается на 3792 случа, которые имели место в период эпидемии.

Конец ноября — согласно статистическим данным ВОЗ, в Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне зарегистрирован 15 901 случай заболевания и 5674 случая с летальным исходом.

18–19 декабря — во время своей поездки в Западную Африку Генеральный секретарь Пан Ги Мун обязуется оказать поддержку пострадавшим странам в этом регионе в целях восстановления их систем здравоохранения.

Конец декабря — согласно статистическим данным ВОЗ, в общей сложности зарегистрирован 20 171 случай заболевания и 7890 случаев с летальным исходом.

2015 год

18 января — правительство Мали и ВОЗ объявляют эту страну свободной от Эболы.

21 января — Гвинея, Сьерра-Леоне и Либерия сообщают о том, что еженедельные темпы инфицирования достигли самой низкой отметки за период с августа 2014 года.

5 марта — Либерия сообщает о последнем подтвержденном случае Эболы. 9 мая ВОЗ объявляет Либерию страной, свободной от Эболы.

29 июня — в результате новой вспышки Эболы в Либерии имеют место шесть случаев заболевания и два случая смертельного исхода. В ноябре 2015 года вторая вспышка в Либерии приводит еще к трем случаям заболевания и одному случаю летального исхода. Обе вспышки связаны с передачей вируса пациентами, переболевшими Эболой.

31 июля — поступают сообщения о том, что в ходе клинических испытаний в Гвинее доказана эффективность вакцины против Эболы.

31 июля — МООНЧРЭ прекращает свою деятельность и передает функции, которые она выполняла как ведущая организация в борьбе с Эболой, ВОЗ и другим партнерам.

7 ноября — ВОЗ объявляет Сьерра-Леоне страной, свободной от Эболы.

29 декабря — ВОЗ объявляет Гвинею страной, свободной от Эболы.

2016 год

14 января — в Сьерра-Леоне подтвержден новый случай Эболы.

Приложение III

Состав Группы

Джакайя Мришо Киквете (Объединенная Республика Танзания) (Председатель) был избран четвертым президентом Объединенной Республики Танзания в декабре 2005 года и в октябре 2010 года переизбран на второй срок до 5 ноября 2015 года. В 1988 году он стал членом кабинета министров, где ему было вручено несколько министерских портфелей, в том числе министра финансов, министра водных ресурсов, энергетики и минеральных ресурсов и министра иностранных дел и международного сотрудничества (1995–2005 годы). Он занимал посты Председателя Африканского союза (2008–2009 годы) и Председателя «тройки» Сообщества по вопросам развития стран юга Африки, занимающейся проблемами в областях политики, обороны и безопасности (2012–2013 годы). В настоящее время он занимает пост Председателя Саммита глав государств Восточноафриканского сообщества.

Мишлин Кальми-Рей (Швейцария) занимала пост Председателя правительства кантона Женева (2001–2002 годы), затем в декабре 2002 года была избрана в состав Федерального совета Швейцарии, а с 2003 по 2011 год возглавляла федеральный департамент иностранных дел. В 2007 и 2011 годах она два раза избиралась президентом Швейцарской Конфедерации сроком на один год. В мае 2012 года она стала приглашенным профессором Женевского университета.

Селсу Аморим (Бразилия) занимал должность министра иностранных дел (1993–1994 и 2003–2010 годы) и министра обороны (2011–2014 годы). До этого он работал Постоянным представителем Бразилии при Отделении Организации Объединенных Наций в Женеве (1991–1993 годы) и при Всемирной торговой организации (1999–2001 годы), а также Постоянным представителем Бразилии при Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке (1995–1999 годы) и послом в Соединенном Королевстве (2002 год). Кроме того, с 1979 по 1982 год он являлся главным исполнительным директором бразильской кинематографической корпорации Embrafilme, а с 1985 по 1988 год занимал пост заместителя министра науки и техники. Он является автором ряда книг и публикаций по вопросам политики в области культуры, науки и техники и международных отношений. Его последняя книга называется “Teerã, Ramalá e Doha” (2015 год).

Р. М. Марти М. Наталегава (Индонезия) занимал пост министра иностранных дел Республики Индонезия (2009–2014 годы), а до этого работал Постоянным представителем Индонезии при Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке (2007–2009 годы). В период с 2005 по 2007 год он работал послом Индонезии в Соединенном Королевстве. Свою карьеру он начал в 1986 году с работы в Министерстве иностранных дел Индонезии.

Джой Фумафи (Ботсвана) является исполнительным секретарем Альянса африканских лидеров против малярии. Она была членом парламента, а также занимала пост министра земель и жилищного строительства (1995–1999 годы) и министра здравоохранения (1999–2003 годы). Впоследствии она работала во Всемирной организации здравоохранения на посту помощника Генерального директора по вопросам охраны здоровья семьи и общества (2003–2007 годы). Она также занимала должность вице-президента по вопросам развития челове-

ческого потенциала во Всемирном банке (2007–2009 годы). Кроме того, она входила в состав целого ряда комиссий и групп экспертов, а в настоящее время является членом советов правления ряда международных некоммерческих организаций, занимающихся вопросами охраны здоровья населения мира.

Раджив Шах (Соединенные Штаты) занимал должность администратора агентства Соединенных Штатов по международному развитию (2010–2015 годы), внося свой вклад в выполнение поставленных агентством задач по искоренению крайней нищеты и содействию построению жизнеспособных, демократических обществ. Он выступил инициатором создания нового формата партнерских отношений между государственным и частным секторами и катализатором нововведений в научной сфере, привлекая к этим усилиям частный сектор и лидеров конгресса, представляющих обе партии. Кроме того, он руководил деятельностью правительства Соединенных Штатов по оказанию гуманитарной помощи в ответ на катастрофические кризисы во всем мире, включая землетрясение в Гаити, тайфун «Хайян» и эпидемию Эболы в Западной Африке. До этого г-н Шах занимал пост заместителя министра и должность главного научного сотрудника в Министерстве сельского хозяйства Соединенных Штатов. Перед этим он в течение восьми лет работал в Фонде Билла и Мелинды Гейтс, с самого начала его существования, возглавляя усилия в областях глобального здравоохранения, сельского хозяйства и финансовых услуг.

Приложение IV

Проведенные заседания

Заседания Группы в полном составе

4–8 мая 2015 года
Центральные учреждения Организации Объединенных Наций
Нью-Йорк и усадьба фонда «Гринтри», штат Нью-Йорк

13–17 июля 2015 года
Отделение Организации Объединенных Наций в Женеве и Всемирная организация здравоохранения
Женева

2–6 августа 2015 года
Гвинея, Сьерра-Леоне и Либерия

14–18 сентября 2015 года
Центральные учреждения Организации Объединенных Наций
Нью-Йорк

16–20 ноября 2015 года
Отделение Организации Объединенных Наций в Женеве
Женева

14–18 декабря 2015 года
Центральные учреждения Организации Объединенных Наций
Нью-Йорк

Совещания в формате «круглого стола»

2 июля 2015 года
Круглый стол по вопросам реформирования ВОЗ
Центральные учреждения Организации Объединенных Наций
Нью-Йорк

7 июля 2015 года
Круглый стол по вопросу о прошлых и других кризисах в области здравоохранения
Центральные учреждения Организации Объединенных Наций
Нью-Йорк

10 августа 2015 года
Круглый стол с участием региональных отделений в Западной Африке
Дакар

4 сентября 2015 года
Круглый стол по вопросу о социальных науках и мерах реагирования на кризисы в области здравоохранения
Сассекский университет
Брайтон, Англия

9–10 ноября 2015 года
Круглый стол с участием экспертов по вопросу о предварительных выводах Группы
Центральные учреждения Организации Объединенных Наций
Нью-Йорк

11 ноября 2015 года
Круглый стол с участием экспертов по вопросу об исследованиях и разработках
Центральные учреждения Организации Объединенных Наций, а также в режиме телеконференции
Нью-Йорк

Приложение V

Проведенные исследования

Chatham House, “Profiles of successful responses to Ebola — Nigeria, Senegal and Mali”, 3 August 2015.

Didier Wernli, MD, and Antoine Flahault, MD, “Strengthening research and development for and access to health technologies for neglected diseases and global health threats”, 3 July 2015.

David Fidler, “Memorandum on the International Health Regulations”, 9 July 2015.

Awa Coll-Seck, MD, “Ebola’s impact on Senegal”, 16 August 2015.

Chatham House, “Public health surveillance and alert in sub-Saharan Africa”, 29 October 2015.

Alan Capps, PhD, “Military involvement in the Ebola response”, August 2015.

Oyewale Tomori, DVM, PhD, “Nigeria’s health infrastructure and its response to Ebola”, Oyewale Tomori, DVM, PhD, 16 August 2015.

Chatham House, “Comparing Ebola experiences in Guinea, Liberia and Sierra Leone”, 3 August 2015.

Chatham House, “Border issues in the West African Ebola outbreak: Regional dynamics”, 3 August 2015.

Приложение VI

Краткая библиография

Abramowitz, S.A., Bardosh, K.L., et al. (2015, January 24). Social science intelligence in the global Ebola response. Lancet, vol. 385, no. 9965, p. 330. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60119-2

BBC News. (6. November 2015). Ebola: Mapping the outbreak. Retrieved on 20 November 2015 from http://www.bbc.com/news/world-africa-28755033

Baer, D. (2015, May 27). Bill Gates just described his biggest fear — and it could kill 33 million. *Business Insider UK*. Retrieved on 18 November 2015 from http://uk.businessinsider.com/bill-gates-biggest-fear-is-a-killer-flu-2015-5?r=US&IR=T

Baize, S. (2014, April 16). Emergence of Zaire Ebola Virus Disease in Guinea. *N Engl J Med*, 371, S. 1418-1425. DOI:10.1056/NEJMoa1404505

Bakari, E., Frumence, G. (2013, August 16). Challenges to the Implementation of the International Health Regulations (2005) on Preventing Infectious Diseases: experience from Julius Nyerere International Airport, Tanzania. *Global Health Action* 2013 6: 20942, http://dx.doi.org/10.3402/gha.v610.20942

Chandran, R. (2015, July 8). It's Not There, so Build It: Pandemic Response, the UN, and the World Bank. *United Nations University Centre for Policy Research*. Retrieved on 22 January 2016 from http://collections.unu.edu/view/UNU:3230

Chatham House. (2014). *Shared Responsibilities for Health: A Coherent Global Framework for Health Financing.* Retrieved on 26 November 2015 from https://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/field/field_document/20140521HealthFinancing.pdf

The Earth Institute, Columbia University. (2013). *One Million Community Health Workers: Technical Task Force Report.* Retrieved on 27 November 2015 from http://www.millenniumvillages.org/uploads/ReportPaper/1mCHW_TechnicalTaskForceReport.pdf

Commission on Creating a Global Health Risk Framework for the Future. (2016, January 13). *The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises.* Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academies of Science.

Dawood, F. S., Luliano, A. D., et al. (2012, September). Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *The Lancet, 12*(9), 687–695. Retrieved on 1 December 2015 from http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(12)70121-4/abstract

DuBois, M., Wake, C., et al. (2015, October). *The Ebola response in West Africa: Exposing the politics and culture of international aid.* London, United Kingdom: Humanitarian Policy Group, Overseas Development Institute.

Durrheim, D. N., Crowcroft, N. S., & Strebel, P. M. (2014, December 5). Measles — he epidemiology of elimination. *Vaccine, 32*(51), 6880–6883. DOI:10.1016/j.vaccine.2014.10.061

Ebola Interim Assessment Panel. (2015, July 7). *Report of the Ebola Interim Assessment Panel.* Geneva: World Health Organization.

Farmer, P. (2015, July 10). *Building Health Systems and Increasing Resilience to Crises: Lessons from Rwanda.* Office of the Secretary-General's Special Adviser on Community Based Medicine and Lessons from Haiti.

Gates, B. (2015, March 18). The Next Epidemic — Lessons from Ebola. *N Engl J Med*, 372, p. 1381–1384, DOI: 10.1056/NEJMp1502918

Gostin, L.O, Friedman, E.A. (2015, May 9). A retrospective and prospective analysis of the west African Ebola virus disease epidemic: robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex. *The Lancet* 2015; 385: 1902–09.

Gostin, L.O., DeBartolo, M.C., et al. (2015, November 22). *The Lancet*, vol. 386, no. 10009, p. 2222–2226. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00948-4

Håkon Angell Bolkan, D. A.-T. (2014, December 19). Ebola and indirect effects on health service function in Sierra Leone. *PLoS Curr.* DOI:10.1371/currents.outbreaks.0307d588df619f9c9447f8ead5b72b2d.

Ighobor, K. (2014, December). Ebola Threatens Economic Gains in Affected Countries. *African Renewal*. Retrieved on 20 November 2015 from http://www.un.org/africarenewal/magazine/december-2014/ebola-threatens-economic-gains-affected-countries

Independent Expert Group. (2015). *Policy Recommendations for the G7 from the Independent Expert Group (IEG): Preparing for the Next Epidemic- A Global Preparedness and Response System*.

Institute for Development Studies. (2015, February). *Practice Paper in Brief 16: Ebola and Lessons for Development*. Brighton, United Kingdom: Institute for Development Studies, University of Sussex.

Institute for Development Studies. (2015, February). *Practice Paper in Brief 24: Local Engagement in Ebola Outbreaks and Beyond in Sierra Leone*. Brighton, United Kingdom: Institute for Development Studies, University of Sussex.

Institute of Medicine. (2014). Summary. In G. J. Buckely, J. E. Lange, & E. A. Peterson (Hrsg.), *Investing in Global Health Systems: Sustaining Gains, Transforming Lives* (pp. 4). Washington, D.C.: National Academies Press. Retrieved in December 2015 from www.nap.edu/read/18940/chapter/1

Kamradt-Scott, A., Harman, S., et al. (2015, October). *Saving Lives: The Civil-Military Response to the 2014 Ebola outbreak in West Africa.* Sydney, Australia: The University of Sydney.

Katz, R., Fischer, J. (2010, Spring). The Revised International Health Regulations: A Framework for Global Pandemic Response. *Global Health Governance*, vol. 3, no. 2. Retrieved on 21 January 2015 from http://ghgj.org/Katz%20and%20Fischer_The%20Revised%20International%20Health%20Regulations.pdf

Keesing, F., Belden, L. K., et al. (2010, December 1). Impacts of biodiversity on the emergence and transmission of infectious diseases. *Nature, 468* (7324), 647–652. DOI:10.1038/nature09575

Klein, E. (2015, May 27). The most predictable disaster in the history of the human race. *Vox*. Retrieved on 22 January 2016 from http://www.vox.com/2015/5/27/8660249/gates-flu-pandemic

Louise H. Taylor, S. M. (2001, July 9). Risk factors for human disease emergence. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. DOI:10.1098/rstb.2001.0888

Médecins Sans Frontières. (2015, March 23). *Pushed to the Limit and Beyond: A year into the largest ever Ebola outbreak*. Retrieved on 21 January 2016 from https://www.doctorswithoutborders.org/sites/usa/files/msf143061.pdf

Menéndez, C., Lucas, A., et al. (2015, January 22). Ebola crisis: the unequal impact on women and children's health. *The Lancet*. http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70009-4

Moon, S., Sridhar, D., et al. (2015, November 22). Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. *The Lancet*, 386: 2204–21. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00946-0

Morrison, J. S. (2014, November 11). The Trajectory of Ebola and Our Response. In *Global Forecast 2015* (pp. 92–95). Washington, DC: Center for Strategic and International Studies.

The Petherick, A. (2015, February 10). Ebola in West Africa: learning the lessons. Lancet. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60075-7

Plotkin, S.A., Mahmoud, A.A.F., et al. (2015, July 23). Establishing a Global Vaccine-Development Fund. *N Engl J Med*, 373;4. DOI: 10.1056/NEJMp1506820

Riley, S., Fraser, C., et al. (2003, June 20). Transmission Dynamics of the Etiological Agent of SARS in Hong Kong: Impact of Public Health Interventions. *Science*, 300 (5627), 1961-1966. DOI:10.1126/science.1086478

Roos, R. (2012, June 18). Fouchier study reveals changes enabling airborne spread of H5N1. *CIDRAP News*. Retrieved on 18 November 2015 from http://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2012/06/fouchier-study-reveals-changes-enabling-airborne-spread-h5n1

Rubin, H. (2011, January 14). Future Global Shocks: Pandemics. *Multi-Disciplinary Issues*, OECD/IFP Project.

Sack, K. F. (2014, December 29). How Ebola Roared Back. Retrieved on 21 November 2015 from http://www.nytimes.com/2014/12/30/health/how-ebola-roared-back.html

Takahashi, S., Metcalf, C. J. E., et al. (2015, March 13). Reduced vaccination and the risk of measles and other childhood infections post-Ebola. *Science*, Vol. 347 (no. 6227), 1240–1242. DOI:10.1126/science.aaa3438

Save the Children. (2015). *A Wake-Up Call: Lessons from Ebola for the world's health systems.* London, United Kingdom: Save the Children.

Serdobova, I., Kieny, M. (2006, September). Assembling a Global Vaccine Development Pipeline for Infectious Diseases in the Developing World. *AJPubHealth*, Vol. 96, No. 9.

Shiu Hung, L. (2003, August). The SARS epidemic in Hong Kong: what lessons have we learned? *Journal of The Royal Society of Medicine, 96*(8), 374–378. Retrieved on 1 December 2015 from www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539564/

Siedner, M.J., Gostin, L.O., et al. (2015, March 24). Strengthening the Detection of and Early Response to Public Health Emergencies: Lessons from the West African Ebola Epidemic. *PLoS Med* 12(3): e1001804. DOI:10.1371/journal.pmed.1001804

Sifferlin, A. (2014, December 17). 5 Million Kids Aren't in School Because of Ebola. Retrieved on 20 November 2015 from http://time.com/3637570/5-million-kids-arent-in-school-because-of-ebola/

Summers, A. (2014, December 19). Challenges in Responding to the Ebola Epidemic — Four Rural Counties, Liberia, August-November 2014. Atlanta, GA, USA: *CDC Morbidity and Mortality Weekly Report.* Retrieved on 21 January 2016 from http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6350a5.htm

Sutherst, R. W. (2004, January). Global Change and Human Vulnerability to Vector-Borne Diseases. *Clinical Microbiology Reviews, 17*(1), 136–173. DOI:10.1128/CMR.17.1.136–173.2004

Taubenberger, J., & Morens, D. M. (2006, January). 1918 Influenza: the Mother of All Pandemics. *Emerging Infectious Diseases,* 12 (1). DOI:10.3201/eid1201.050979

Tully, C.M., Lambe, T., et al. (2015, January 14). Emergency Ebola response: a new approach to the rapid design and development of vaccines against emerging diseases. *Lancet Infect Dis* 2015; 15: 356–59. http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(14)71071-0

United Nations Development Programme. (2014). *Socio-economic impact of the Ebola Virus Disease in Guinea, Liberia and Sierra Leone: Policy Notes Volume 1, Numbers 1-5.* United Nations Development Programme. Retrieved on 1 December 2015 from http://www.africa.undp.org/content/dam/rba/docs/Reports/UNDP Policy note EN_web.pdf

United Nations Economic Commission for Africa. (2015, January). *Socio-Economic Impacts of Ebola on Africa.* Addis Ababa, Ethiopia: Economic Commission for Africa.

United Nations General Assembly. (2014, September 19). Резолюция 69/1 Генеральной Ассамблеи «Меры по локализации недавней вспышки лихорадки Эбола в Западной Африке и борьбе с нею». Retrieved on 21 January 2016 from http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/1

United Nations Security Council. (2014, September 18). *Резолюция 2177 (2014) Совета Безопасности.* Retrieved on 21 January 2016 from http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2177%20(2014)

World Economic Forum. (2015, June). Managing the Risk and Impact of Future Epidemics: Options for Public-Private Cooperation. Retrieved on 21 January 2016 from http://www3.weforum.org/docs/WEF_Managing_Risk_Epidemics_report_2015.pdf

WHO. (2015). Factors that contributed to undetected spread of the Ebola virus and impeded rapid containment («Факторы, которые способствовали распространению невыявленного вируса Эбола и препятствовали оперативной работе по его сдерживанию»). Retrieved on 21 November 2015 from http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/factors/en/

WHO. (2015). Implementation of the International Health Regulations (2005): Responding to health emergencies («Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 год). Принятие ответных мер в условиях чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения»). Retrieved on 19 November 2015 from http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22-en.pdf

WHO. (2015). *World Health Statistics 2015*. Retrieved on 20 November 2015 from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1

World Bank. (2014). *Update on the Economic Impact of the 2014 Ebola Epidemic on Liberia, Sierra Leone, and Guinea*. World Bank Group. Retrieved on 1 December 2015 from http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Economic%20Impact%20Ebola%20Update%202%20Dec%202014.pdf

Yong Choi, J. (2015, September 1). An Outbreak of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Infection in South Korea, 2015. *Yonsei Medical Journal, 56*(5), 1174-1176. DOI:10.3349/ymj.2015.56.5.1174

Приложение VII

Выражение признательности

Группа хотела бы выразить глубокую признательность Генеральному секретарю Пан Ги Муну за его руководящую роль и приверженность делу предотвращения будущих кризисов в области здравоохранения во всем мире. Мы благодарим Генерального секретаря за то, что он доверил нам эту важную задачу.

Заместитель Генерального секретаря Ян Элиассон и бывший начальник Канцелярии Генерального секретаря г-жа Сусана Малькорра неизменно поддерживали нас на протяжении всего процесса, чем заслужили нашу глубокую признательность.

Мудрость и проницательность Специального посланника по проблеме Эболы д-ра Дэвида Набарро имели особенно важное значение для нашей работы.

Мы выражаем искреннюю благодарность Генеральному директору Всемирной организации здравоохранения д-ру Маргарет Чань за уделенное нам время и за ее готовность участвовать в откровенном обмене мнениями с членами Группы. Хотели бы также выразить признательность ее сотрудникам за их значительную поддержку и сотрудничество.

Особой благодарности заслуживают главы наиболее пострадавших стран, с которыми члены Группы имели честь встречаться: президент Гвинеи Альфа Конде, президент Либерии Эллен Джонсон-Серлиф и президент Сьерра-Леоне Эрнест Бэй Корома. Группа благодарит их за неустанные усилия в борьбе с Эболой. Кроме того, мы хотели бы выразить признательность президенту Ганы Джону Драмани Махаме, канцлеру Федеративной Республики Германия Ангеле Меркель и премьер-министру Норвегии Эрне Сульберг. Группа благодарна Германии и Норвегии за их активную роль и участие в финансировании процесса консультаций.

Представители государств — членов Организации Объединенных Наций и государственных органов предоставили большое количество важной информации и всегда были готовы консультировать членов Группы. Мы благодарим их за сотрудничество и вклад в нашу работу.

Мы хотели бы выразить признательность Председателю Комиссии Африканского союза д-ру Нкосазане Дламини-Зуме, Президенту группы Всемирного банка д-ру Джиму Ён Киму, директору Центров по борьбе с заболеваниями и их профилактике Соединенных Штатов д-ру Тому Фридену, международному президенту организации «Врачи без границ» Джоанн Лю, а также всем учреждениям и партнерам Организации Объединенных Наций, которые внесли свой вклад в дискуссию. Кроме того, особую благодарность заслуживают порядка 300 экспертов, которые на добровольных началах обменивались информацией и предоставляли рекомендации. К их числу относятся также участники сил реагирования и пациенты, переболевшие Эболой, из указанных трех наиболее пострадавших стран.

Г-жа Габриэла Фицджеральд, д-р Дэвид Хейман, д-р Энн Мари Кимбалл, проф. Илона Кикбуш и д-р Ларс Шааде незамедлительно откликнулись на просьбы организовать совещания в формате «круглого стола» по вопросам,

связанным с работой Группы, и с успехом выступить на них координаторами. Мы чрезвычайно признательны им за энергию и поддержку.

Наконец, мы выражаем признательность тем, кто занимался проведением параллельных обзоров, по итогам которых была получена ценная информация и вынесены важные рекомендации, а именно: Дейм Барбаре Стокинг и ее коллегам из Группы ВОЗ по промежуточной оценке Эболы, д-ру Виктору Дзау и его коллегам из Комиссии по созданию глобального механизма борьбы с рисками в области здравоохранения в будущем Института медицины, а также д-ру Петеру Пиоту и его коллегам из Независимой группы по принятию глобальных мер реагирования на Эболу Гарвардского университета и Лондонской школы гигиены и тропической медицины.

Вполне естественно, что мы не сможем перечислить имена всех тех сотен людей, которые оказали нам ценную помощь в процессе консультаций. Мы признательны тем экспертам, участникам сил реагирования, должностным лицам, пациентам, переболевшим Эболой, и коллегам, которые по нашей просьбе безоговорочно уделяли нам время и давали нам советы. Их горячее желание освободить мир от всякой эпидемии и пандемии служило нам вдохновением.

Мы хотели бы отметить работу нашего секретариата, в том числе его директора г-на Рамеша Раджасингама, д-ра Элин Гурски, г-жи Санджаны Куази, г-на Морица Майер-Эверта, г-жи Софи Рутенбар и г-жи Карен Уильямс-Комлани. Кроме того, признания заслуживают также стипендиат программы «Меркатор» г-н Джонатан Баум и стажеры г-н Мобин Бхатти, г-н Дэвид Мангар и г-жа Кайла Робинсон за их помощь в процессе консультаций.