



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
24 September 2015
Russian
Original: English

Семидесятая сессия

Пункт 125 повестки дня

Здоровье населения мира и внешняя политика

Записка Генерального секретаря

Генеральный секретарь настоящим препровождает доклад, подготовленный Генеральным директором Всемирной организации здравоохранения в соответствии с резолюцией 69/132 Генеральной Ассамблеи.

15-16212 (R) 091015 121015



Просьба отправить на вторичную переработку



Доклад Генерального директора Всемирной организации здравоохранения о защите медицинского персонала

Резюме

Генеральная Ассамблея в своей резолюции 69/132 затронула вопрос о формировании медицинских кадров в качестве одного из компонентов создания устойчивых национальных систем здравоохранения и обеспечения всеобщего охвата медицинским обслуживанием. В частности, в ней говорилось о защите медицинских работников, было признано, что нападения на медико-санитарных работников имеют долгосрочные последствия, включая людские потери и страдания, ослабляют потенциал систем здравоохранения в плане оказания помощи, от которой могут зависеть жизни людей, и препятствуют развитию здравоохранения.

Нападения на медико-санитарных работников, медицинские учреждения и транспортные средства серьезно ограничивают доступ к медицинской помощи, лишая больных лечения и прерывая процедуры, направленные на профилактику и лечение заразных болезней. Врачам, медсестрам и другим медицинским работникам необходимо предоставить возможность свободно и в безопасности выполнять свою гуманитарную миссию по спасению человеческих жизней без каких-либо угроз насилия.

Для решения проблемы насилия в отношении медицинских работников, их избавления от угроз физической расправы и психологического давления, а также обеспечения их защиты при работе в опасных условиях необходим решительный сигнал на политическом уровне о недопустимости таких действий. Не находя решения, эта проблема нередко заставляет медицинских работников не выходить на работу и даже бросать ее, что еще больше усугубляет сохраняющуюся во всем мире острую потребность в подготовке добросовестных высококвалифицированных медицинских работников, которых было бы достаточно для удовлетворения потребностей населения во всех странах мира.

I. Введение

1. В своей резолюции 69/132 Генеральная Ассамблея вновь подтвердила приверженность государств-членов достижению всех целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, подчеркнув, что реализация задач, касающихся охраны здоровья, имеет ключевое значение для достижения всех целей. В резолюции также признается, что здоровье — это необходимое условие и одновременно конечный результат и показатель деятельности по осуществлению всех трех компонентов устойчивого развития, однако проблемы, касающиеся состояния здоровья населения мира по-прежнему существуют и требуют к себе постоянного внимания.

2. Одна из проблем в области охраны здоровья населения мира, о которых говорится в резолюции 69/132, касается обеспечения наличия медицинских кадров, являющихся ключевым элементом создания устойчивой национальной системы здравоохранения. Кроме того, в резолюции подчеркивается, что соблюдение принципов неприкосновенности и безопасности медико-санитарных работников, занятых выполнением своих обязанностей, их транспортных средств и медицинских объектов способствует не только созданию устойчивых систем здравоохранения и обеспечению всеобщего охвата медицинским обслуживанием, но и реализации права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

3. В резолюции вновь подтверждается роль Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) как органа, направляющего и координирующего международную деятельность по вопросам здравоохранения, и признается важная роль этой организации и других соответствующих международных организаций в разработке и осуществлении превентивных мер для обеспечения безопасности медико-санитарных работников, их транспортных средств и медицинских объектов и уважения всех кодексов профессиональной этики этих работников.

4. В контексте рассмотрения вопроса о защите медицинских работников Генеральная Ассамблея обратила внимание на несколько проблем, одна из которых касается физических нападений и психологического давления на медико-санитарных работников, а также угроз в их адрес. Физические нападения и другие акты насилия не только напрямую затрагивают пострадавших людей, но и ослабляют потенциал систем здравоохранения в плане оказания помощи, от которой зависит жизнь людей. Такие нападения на медико-санитарных работников, угрозы в их адрес или иные действия, мешающие выполнению ими своего медицинского долга, происходят как в условиях вооруженных конфликтов и чрезвычайных ситуаций, так и при исполнении ими своих повседневных обязанностей.

5. В резолюции 69/132 Генеральная Ассамблея затронула также вопрос о риске, которому подвергаются медицинские работники, работая в опасных условиях, как, например, в ходе профилактики, выявления и реагирования на вспышки инфекционных заболеваний или при работе в больницах, подверженных опасности структурных повреждений в результате, среди прочего, стихийных бедствий, таких как землетрясения и цунами. Кроме того, в этой связи представляются важными вопросы обеспечения соблюдения принципов неприкосновенности медико-санитарных работников, занятых выполнением своих

обязанностей, и эффективной профессиональной подготовки, удержания и справедливого распределения медицинских кадров.

6. Генеральная Ассамблея просила Генерального секретаря в тесном взаимодействии с Генеральным директором ВОЗ представить доклад о защите работников здравоохранения с анализом ситуации в государствах-членах и рекомендациями в адрес соответствующих заинтересованных сторон относительно необходимых мер, включая надлежащие превентивные меры.

II. Насилие, творимое в условиях вооруженного конфликта и чрезвычайных ситуаций

7. Большинство современных конфликтов связаны с масштабными нарушениями прав человека и норм международного гуманитарного права. Особую обеспокоенность вызывает рост целенаправленных нападений на гуманитарный персонал и медико-санитарных работников, медицинские объекты и пациентов. Кроме того, работники здравоохранения могут становиться объектом коллективного или политического насилия.

8. Такие нападения серьезно препятствуют обеспечению доступа к медико-санитарной помощи и реализации права на нее и ведут к ослаблению систем здравоохранения. Они повышают степень опасности при работе в таких условиях, увеличивают сопутствующие оперативные расходы и требуют присутствия дополнительных экспертов (например, для ведения переговоров о предоставлении доступа)¹.

9. Генеральная Ассамблея в своей резолюции 69/132 вновь подтвердила нормы и принципы международного гуманитарного права, включая применимые положения четырех Женевских конвенций 1949 года и Дополнительных протоколов к ним 1977 года и 2005 года, а также нормы международного обычного права, касающиеся защиты медицинских работников и сотрудников гуманитарных организаций, занимающихся исключительно оказанием медицинской помощи, их транспортных средств и оборудования, а также больниц и других медицинских учреждений, и призвала к их полному соблюдению.

10. Несмотря на наличие правовых документов и норм обычного права, по-прежнему совершаются нападения на медико-санитарных работников, медицинские объекты, транспортные средства и пациентов. Имеются общемировые данные о нападениях на медико-санитарных работников и медицинские объекты. В то же время стандартизированной методологии сбора данных или центрального архива для хранения статистических данных, касающихся насилия в медико-санитарной сфере, не существует. Сбор данных осуществляется различными организациями для различных целей, а также по различным географическим регионам; кроме того, эти данные различаются по своему качеству. В силу этого дать полномасштабную количественную оценку данной проблемы непросто.

¹ WHO, *WHO's Six-Year Strategic Plan to Minimize the Health Impact of Emergencies and Disasters 2014-2019*; доступно по адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/171852/1/WHO_PEC_ERM_ERX_2015.6_STR_eng.pdf?ua=1&ua=1.

11. Доклад ВОЗ, подготовленный в 2014 году на основе обзора вторичных данных из открытых источников, показал, что в одном только указанном году нападения на представителей и объекты здравоохранения были зарегистрированы в 32 странах. Согласно данным, собранным Международным комитетом Красного Креста (МККК), в период с января 2012 года по декабрь 2014 года было зарегистрировано 2398 инцидентов в 11 странах².

12. Нападения могут быть отнесены к нескольким категориям: а) насилие в отношении медицинских объектов; б) насилие в отношении медико-санитарных работников; с) насилие в отношении транспортных и санитарно-транспортных средств; d) насилие в отношении пациентов, раненых и больных; и е) насилие в отношении медико-санитарных учреждений и официальных органов, таких как министерства здравоохранения, медицинские учебные заведения и т.д.

13. Ряд международных правительственных и неправительственных организаций (НПО) активно занимается проблемой нападений на медико-санитарных работников, их транспортные средства и объекты, в том числе с целью определить надлежащие превентивные меры для совершенствования и усиления безопасности и защиты медицинских объектов, медико-санитарных работников и их транспортных средств, а также пациентов.

14. В ответ на призыв своих государств-членов, содержащийся в резолюции 65.20 Всемирной ассамблеи здравоохранения 2012 года, ВОЗ взяла на себя инициативную роль в деле мобилизации широкого круга заинтересованных партнеров на разработку методов и инструментов систематического сбора данных о случаях нападения на медицинские учреждения, работников здравоохранения, санитарные транспортные средства и пациентов в сложных чрезвычайных гуманитарных ситуациях. Эти инструменты облегчают сбор и анализ данных и подготовку отчетности и включают электронные средства, служащие упрощению и повышению надежности процедур сбора данных, управления ими и предоставления отчетности, а также обеспечивают наличие стандартных оперативных процедур и правил, касающихся безопасной и этичной работы с данными. После проведения широких консультаций была согласована соответствующая методология, которая в настоящее время апробируется на местах.

15. Генеральный директор ВОЗ является решительным сторонником права на здоровье и неоднократно выступал с заявлениями, в которых обращал особое внимание на проблему частых нападений на медико-санитарных работников, объекты, транспортные средства и пациентов. На шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2015 года Генеральный директор выступил с настоятельным призывом принять меры с целью поставить заслон таким нападениям. В ходе пленарного заседания Генеральный директор зажег свечу, с тем чтобы почтить память медицинских работников, которые погибли, оказывая помощь нуждавшимся в ней людям. Выступая на одном из основных параллельных мероприятий Генеральный директор подчеркнул приверженность ВОЗ принятию всех возможных мер, чтобы положить конец нападениям на представителей и объекты системы здравоохранения.

² ICRC, *Violent incidents affecting the delivery of health care: Health care in danger, January 2012 to December 2014*. Доступно по адресу: www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4237.pdf.

16. Во всей своей деятельности ВОЗ последовательно выступает в защиту права на здоровье и регулярно напоминает всем сторонам конфликта о необходимости обеспечивать защиту медицинского персонала, объектов и транспортных средств, а также выполнять свои обязательства в соответствии с нормами международного гуманитарного права.

17. В настоящее время соответствующие сотрудники ВОЗ работают конкретно над тем, чтобы получить более полное представление о масштабах и характере проблемы нападений на представителей и объекты системы здравоохранения, а также наметить превентивные меры и практические решения и способствовать их осуществлению. ВОЗ будет и впредь выступать в защиту медико-санитарных работников и оказывать содействие государствам-членам в разработке надлежащих превентивных мер и создании более устойчивых систем здравоохранения.

18. Проводимая Международным комитетом Красного Креста кампания под названием «Оказание медицинской помощи в опасных условиях» представляет собой инициативу, осуществляемую при ведущей роли Комитета в масштабах всего Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца с целью решить широкомасштабную и серьезную проблему незаконных и порой насильственных действий, которые затрудняют оказание медицинской помощи и ведут к повреждению или уничтожению объектов и транспортных средств, ранениям и гибели медико-санитарных работников и пациентов в условиях вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций³. В рамках этого проекта, осуществление которого запланировано на период 2011–2015 годов, особое внимание уделяется усилению защиты больных и раненых, оказавшихся в таких ситуациях, путем принятия конкретных мер, способствующих предоставлению им безопасного доступа к эффективной и беспристрастной медицинской помощи. В течение этого периода МККК и национальные общества Красного Креста и Красного Полумесяца будут и дальше настоятельно призывать все государства — участники Женевских конвенций, сотрудников отрасли здравоохранения в целом и другие заинтересованные стороны разрабатывать конкретные решения, а также брать на себя обязательства по их выполнению⁴.

19. В тесной связи с инициативой МККК «Оказание медицинской помощи в опасных условиях» в 2012 году организация «Врачи без границ» приступила к осуществлению своего проекта «Медицинская помощь под огнем»⁵, в рамках которого внимание также уделяется проблеме насилия в отношении работников медицинской отрасли и осуществляется внутренний сбор данных и обмен передовой практикой. Благодаря осуществлению инициативы МККК «Оказание медицинской помощи в опасных условиях» и других важных инициатив, которые упоминаются в настоящем докладе, сформировался консенсус относительно необходимости в срочном порядке совместными усилиями решить нарастающую проблему насилия в отношении медицинских работников.

³ ICRC, “Violence against health care must end”, *Health Care in Danger*. Доступно по адресу: www.icrc.org/eng/what-we-do/safeguarding-health-care/solution/2013-04-26-hcid-health-care-in-danger-project.htm.

⁴ ICRC, *Health care in danger: questions and answers*. Доступно по адресу: www.icrc.org/eng/resources/documents/faq/health-care-in-danger-faq-2011-08-05.htm.

⁵ Médecins sans Frontières, *Medical care under fire*. Доступно по адресу: www.msf.org/topics/medical-care-under-fire.

20. Еще одним источником данных о насилии в связи с предоставлением медицинских услуг может служить база данных о случаях насилия в отношении гуманитарных работников (“Aid Worker Security Database”), в которой содержится информация о серьезных случаях насилия в отношении работников, занимающихся оказанием помощи, за период с 1997 года по настоящее время; в рамках проекта по сбору данных о географии и событиях в рамках вооруженных конфликтов получены данные о политическом насилии в развивающихся странах Африки, а также начат обмен гуманитарными данными; организация «Врачи за права человека» работает над задачей положить конец массовым расправам и актам, которые наносят серьезный физический или психический вред отдельным лицам; Совет по международным отношениям разработал интерактивную карту, на которой наглядно отображаются глобальные вспышки кори, эпидемического паротита, коклюша, полиомиелита, краснухи и других заболеваний, которые можно легко предотвратить с помощью недорогих и эффективных вакцин; Оксфордская исследовательская группа разработала веб-платформу с информацией о жертвах: свыше 40 членов сети занимаются сбором, записью и учетом данных о жертвах конфликта.

III. Насилие на рабочем месте в секторе здравоохранения

21. Медицинский персонал подвергается серьезной опасности насилия во всех районах мира. От 8 до 38 процентов медицинских работников становятся объектом физического насилия на том или ином этапе своей карьеры⁶. Многие другие подвергаются угрозе или становятся жертвами словесной агрессии. Главными источниками насилия являются пациенты и посетители. К категории медицинских работников, которые в наибольшей степени подвержены риску, относятся медсестры и другой персонал, обеспечивающий непосредственный уход за больными, работники пунктов первой помощи и сотрудники бригад неотложной помощи.

22. Насилие в отношении медицинского персонала недопустимо. Оно не только негативно отражается на психологическом и физическом состоянии медицинских работников, но и влияет на их профессиональную мотивацию. Как следствие, такое насилие наносит ущерб качеству медицинской помощи и ставит под угрозу само оказание медицинской помощи. Кроме того, оно приводит к огромным финансовым потерям в секторе здравоохранения.

23. В ходе своей повседневной работы сотрудники сферы здравоохранения нередко непосредственно общаются с людьми, находящимися в сложном положении, подверженными стрессу и сталкивающимися с насилием. В связи с тем, что к этим факторам добавляется угроза насилия, сотрудники сферы здравоохранения могут сами испытывать повышенный уровень стресса на рабочем месте, что чревато психическими расстройствами, повышенным уровнем заболеваемости и, в конечном счете, уходом сотрудников.

24. В программах предотвращения насилия в отношении медицинского персонала в условиях, не связанных с чрезвычайными ситуациями, основное внимание уделяется мерам по установлению контроля над буйными пациентами и

⁶ WHO, *Violence and Injury Prevention*, “Violence against health workers”, доступно по адресу: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/.

посетителями, которые могут представлять повышенную опасность. Чтобы оценить эффективность этих программ, необходимы дополнительные исследования, особенно в условиях ограниченных ресурсов.

25. ВОЗ, Международная организация труда (МОТ), Международный совет медицинских сестер и Международное объединение работников общественного обслуживания совместно подготовили Основные рекомендации по борьбе с насилием на рабочих местах в сфере здравоохранения⁷ в целях содействия разработке стратегических принципов предотвращения насилия в условиях, не связанных с чрезвычайными ситуациями, а также вопросник и протокол обследования для оценки масштабов и последствий насилия в таких условиях.

26. В Основных рекомендациях затрагиваются вопросы как физического, так и психологического насилия, включая акты, квалифицируемые как физическое насилие/нападение, жестокое обращение, запугивание/преследование, различные формы домогательств, в том числе сексуальное домогательство и расовые притеснения, угрозы и прочие виды насилия. Что касается сферы охвата, то в Основных рекомендациях под рабочим местом понимается любой медико-санитарный объект вне зависимости от его размера, местонахождения и характера предоставляемых услуг, а также любое место предоставления медицинских услуг за пределами медико-санитарных объектов, например, место оказания услуг скорой помощи или медицинского ухода на дому.

27. Основные рекомендации не носят обязательного характера, однако могут быть использованы в качестве справочного инструмента, позволяющего облегчить разработку стратегий и других документов, направленных на выработку конкретных мер в отдельно взятых ситуациях и с учетом конкретных существующих потребностей. Эти рекомендации могут также содействовать проведению диалога и консультаций между соответствующими заинтересованными сторонами, такими как правительства, работодатели и персонал сферы здравоохранения, а также специализированными и другими НПО, занимающимися вопросами насилия на рабочем месте.

28. В этой связи важно отметить, что насилие на рабочем месте является одной из структурных и стратегических проблем, обусловленных социальными, экономическими, организационными, культурными и индивидуальными факторами, находящимися в сложной взаимосвязи друг с другом. В рамках незамедлительного реагирования осуществляются превентивные меры, в частности связанные с принятием мер безопасности и улучшением физической среды; оказывается помощь жертвам в случае применения насилия, в том числе медицинская и психологическая помощь, а также предоставляется поддержка со стороны коллег и руководства, оказывается правовая помощь и принимаются меры по реабилитации.

29. Вместе с тем для решения проблемы насилия на рабочем месте в сфере здравоохранения необходимо принять всеобъемлющие меры с использованием комплексного, системного, недискриминационного подхода с учетом культурных и гендерных аспектов на основе широкого участия. Для внедрения Основных рекомендаций ВОЗ, МОТ, Международный совет медицинских сестер и

⁷ ILO, ICN, WHO, PSI, "Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector", доступно по адресу: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/en/.

Международное объединение работников общественного обслуживания в 2005 году подготовили учебное пособие по вопросу борьбы с насилием на рабочих местах в секторе здравоохранения.

IV. Обеспечение безопасности больниц и медицинских объектов

30. Чрезвычайные происшествия и бедствия нередко оборачиваются разрушениями и ущербом для больниц и других объектов медицинской инфраструктуры, что приводит к гибели медицинских сотрудников и мешает системам здравоохранения предоставлять услуги в области охраны здоровья. Обеспечение безопасности больниц, а также их доступности и эффективной работы помогает спасти жизни людей и позволяет медицинским работникам выполнять свои обязанности с максимальной эффективностью непосредственно после бедствия, не становясь одной из основных групп пострадавших.

31. Тайфун «Хайян», который в 2013 году обрушился на центральную часть Филиппин, нанес ущерб более чем 2000 медицинских объектов⁸, в том числе разрушил свыше 600 из них. Повышенная готовность всей сферы здравоохранения в значительной степени способствовала тому, что в большинстве районов Филиппин, пострадавших от тайфуна «Руби» в 2014 году, жертв зарегистрировано не было. Содействие обеспечению безопасности больниц и медицинских объектов является одним из ключевых факторов в деле снижения уровня смертности и травматизма во время стихийных бедствий.

32. Вместе с тем ряд мероприятий, направленных на укрепление охраны здоровья населения в чрезвычайных ситуациях, носят межсекторальный характер и выходят за рамки системы здравоохранения. Одним из наглядных примеров является деятельность, осуществляемая в рамках «Инициативы за безопасные больницы» и свидетельствующая о твердой приверженности органов управления на всех уровнях, равно как и общин делу укрепления безопасности больниц перед лицом бедствий. Она предусматривает уделение внимания основным факторам риска, таким как экологические проблемы, а также вопросы урбанизации, землепользования и строительных норм. За последние несколько лет в рамках этой инициативы 79 стран приняли меры по повышению уровня безопасности своих медицинских учреждений в условиях бедствий.

33. В число инициатив, которые основаны на Международной стратегии уменьшения опасности бедствий и охватывают ВОЗ и другие организации системы Организации Объединенных Наций, входят, в частности, Всемирная кампания за уменьшение опасности бедствий «Обеспечение безопасности больниц в условиях бедствий» 2008–2009 года, Кампания «Обеспечение устойчивости городов: мой город готовится» 2010–2011 года, Всемирный день здоровья 2008 года, посвященный проблеме изменения климата и здоровью, Всемирный день здоровья 2009 года, посвященный теме безопасности больниц в чрезвычайных ситуациях и Всемирный день здоровья 2010 года, посвященный вопросу здоровья в городах.

⁸ См. Outbreaks and emergencies, доступно по адресу: www.wpro.who.int/outbreaks_emergencies/haiyan/en/,

34. Государства-члены уделяют все больше внимания задаче сокращения рисков для здоровья в условиях чрезвычайных ситуаций и бедствий. Наглядным свидетельством твердой политической воли стала Сендайская рамочная программа по снижению риска бедствий на 2015–2030 годы, принятая в марте 2015 года в Сендае (Япония) 187 государствами-членами на третьей Всемирной конференции по уменьшению опасности бедствий⁹. Благодаря этой важной Рамочной программе вопросам здравоохранения отводится центральное место в рамках глобальной стратегии и действий по уменьшению опасности бедствий на ближайшие 15 лет.

35. В Сендайской рамочной программе признается, что «существенное снижение риска бедствий требует упорства и настойчивости, при более пристальном внимании к людям, их здоровью и источникам средств к существованию»¹⁰. В ней содержится призыв к государствам-членам принимать меры по управлению рисками бедствий на всех уровнях системы здравоохранения, а также по обеспечению устойчивости национальных систем здравоохранения, больниц и медицинских объектов.

36. ВОЗ в сотрудничестве с Управлением Организации Объединенных Наций по вопросам уменьшения опасности бедствий и другими органами Организации Объединенных Наций, НПО, научными заведениями и другими партнерами оказывает содействие усилиям стран по осуществлению Сендайской рамочной программы посредством оказания помощи в деле укрепления национальных возможностей в области управления рисками чрезвычайных ситуаций и бедствий в области здравоохранения.

37. В контексте трех новых масштабных инициатив, о которых было объявлено в рамках содействия выполнению обязательств, принятых в Сендае, ВОЗ опубликовала в 2015 году новые Всеобъемлющие рамочные принципы обеспечения безопасности больниц¹¹ для сокращения масштабов ущерба, наносимого в результате бедствий важнейшим объектам инфраструктуры медицинского обслуживания и чрезвычайного реагирования на местном уровне, что было одной из основных тем, обсуждавшихся в Сендае.

38. Во Всеобъемлющих принципах под «безопасными больницами» понимаются все виды медицинских объектов и их функциональных компонентов, в том числе медицинские центры, лаборатории, клиники (в том числе предоставляющие услуги по профилактике и укреплению здоровья), малые и средние госпитали и центральные медицинские учреждения. В них подчеркивается, что странам и общинам «необходимо в приоритетном порядке обеспечивать защиту новых и существующих больниц и других медицинских объектов от выявленных источников опасности, а также обеспечивать структурно-механическую прочность зданий, оборудования и важнейших медицинских систем»¹².

⁹ С Сендайской рамочной программой можно ознакомиться по адресу: www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf.

¹⁰ Сендайская рамочная программа, пункт 16.

¹¹ WHO, *Comprehensive Safe Hospital Framework*. Доступно по адресу: www.who.int/hac/techguidance/comprehensive_safe_hospital_framework.pdf?ua=1.

¹² *Ibid.*, p. 1.

V. Международные медико-санитарные правила

39. Глобальный потенциал, необходимый для профилактики, выявления инфекционных заболеваний и реагирования на них, зависит от эффективных, устойчивых и жизнеспособных систем здравоохранения, способных соблюдать Международные медико-санитарные правила¹³ и в том числе принимать меры по обеспечению готовности к пандемиям. Генеральная Ассамблея в своей резолюции 69/132 предложила Всемирной организации здравоохранения оказывать государствам-членам по их просьбе техническую помощь в целях укрепления потенциала для ликвидации чрезвычайных ситуаций в сфере общественного здравоохранения и соблюдения Международных медико-санитарных правил.

40. В последние годы мир столкнулся с угрозами в области здравоохранения, которые создают проблемы в деле обеспечения глобального мира и безопасности. Эти кризисы обусловили необходимость участия многих субъектов, оказывающих помощь странам, в усилиях по спасению жизни людей с учетом непредвиденных вспышек болезней и принятию более эффективных мер реагирования и обеспечению готовности к будущим кризисам.

41. Вспышка эпидемий и инфекционных заболеваний, могущих приводить к эпидемиям, таким как эпидемия Эболы и другие эпидемии вирусной геморрагической лихорадки, коронавируса ближневосточного респираторного синдрома, гриппа типа А/Н1N1 (2009 год), синдрома атипичной пневмонии и птичьего гриппа, подчеркивает необходимость эффективного выявления и предупреждения рисков распространения возникающих заболеваний в медицинских учреждениях. Медицинские учреждения могут также способствовать обострению ситуации в связи со вспышкой заболеваний и увеличению числа возникающих заболеваний, в результате чего медико-санитарные работники сталкиваются с повышенной угрозой заражения и передачи инфекции другим пациентам, коллегам и посетителям. Необходимо принять соответствующие меры для повышения общей культуры безопасности в медицинских учреждениях, а также конкретные меры по обеспечению защиты медико-санитарных работников, оказывающих медицинскую помощь пациентам и обеспечивающих ритуальное обслуживание, которым поставлен подтвержденный диагноз инфекционного заболевания, а также при сортировке больных по тяжести состояния или в процессе оказания медицинской помощи тому или иному пациенту.

42. Международные медико-санитарные правила (2005)¹⁴, которые вступили в силу в 2007 году, являются историческим документом для Всемирной организации здравоохранения, а также для всего мира. Эти правила являются обязательными для всех 194 государств — членов ВОЗ и играют важную роль в содействии совместно предпринимаемым странами усилиям по спасению жизни людей и их средств к существованию, поставленных под угрозу в результате международного распространения заболеваний и возникновения других рисков для здоровья людей.

43. Эти правила представляют собой правовую основу, обеспечивающую коллективную охрану здоровья и позволяющую выявлять случаи заболеваний

¹³ WHO, *International Health Regulations (2005)*, — Second edition, 2008.

¹⁴ WHO, *International Health Regulations (2005)*, *IHR Brief No.1*. Доступно по адресу: <http://www.who.int/ihr/publications/ihrbrief1en.pdf?ua=1>.

и реагировать на риски, возникающие в сфере общественного здравоохранения, и чрезвычайные ситуации, которые могут оказывать разрушительное воздействие на здоровье людей и страны¹⁵. Успешное соблюдение Международных медико-санитарных правил будет в значительной степени содействовать обеспечению более эффективной охраны здоровья людей во всем мире и устранению многочисленных и разнообразных рисков для здоровья людей, которые могут быстро распространяться в условиях, когда люди совершают поездки по всему миру, а торговля приобрела глобальный характер.

44. В соответствии со статьей 2 цели Международных медико-санитарных правил (2005) заключаются в «предупреждении международного распространения болезней, обеспечении защиты населения от таких болезней, борьбе с ними и принятии надлежащих мер в системе общественного здравоохранения с учетом опасности для здоровья населения, избегая при этом излишних ограничений международных перевозок и торговли». Новой чертой Международных медико-санитарных правил (2005) является то, что эти правила уже не ограничиваются конкретными заболеваниями, как предыдущие документы, а охватывают «болезни или случаи расстройства здоровья независимо от их происхождения или источника, которые причиняют или могут причинить большой вред человеку».

45. В рамках мер по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям государствам-участникам необходимо добиваться того, чтобы их национальные программы наблюдения за состоянием здоровья населения и потенциал реагирования отвечали определенным функциональным критериям и предусматривали конкретные сроки обеспечения их соответствия этим стандартам. Такие меры предусматривают создание в области здравоохранения основного потенциала по обеспечению медицинского контроля и принятию мер реагирования; назначение национального координатора по вопросам, касающимся соблюдения Международных медико-санитарных правил — минимальных ключевых санитарно-гигиенических требований, которые должны выполнять международные пункты въезда в страну, указанные странами.

46. В случае вспышки эпидемии Международные медико-санитарные правила обеспечивают широкую сферу применения, поскольку в соответствии с этими правилами государства-участники обязаны уведомлять Всемирную организацию здравоохранения о возможном расширении масштабов эпидемии с учетом определенных критериев, свидетельствующих о том, что данная эпидемия может представлять чрезвычайную ситуацию медицинского характера, вызывающую озабоченность международного сообщества. Они также обязаны информировать ВОЗ о существовании веских доказательств угрозы для здоровья людей за пределами их территории, которые могут привести к распространению эпидемии в международных масштабах.

47. Такие процедуры отчетности призваны содействовать увеличению объема представляемой ВОЗ своевременной и точной информации о потенциальных чрезвычайных ситуациях медицинского характера, вызывающих озабоченность международного сообщества. Всемирная организация здравоохранения в качестве нейтрального учреждения, обладающая важными техническими знаниями

¹⁵ WHO, *International Health Regulations (2005), IHR Brief No.1*. Доступно по адресу: <http://www.who.int/ihr/publications/ihrbrief1en.pdf?ua=1>.

и опытом, может проводить оценку поступающей информации, рекомендовать соответствующие меры и содействовать оказанию технической помощи.

48. Поддержку в выполнении возложенных на ВОЗ функций оказывает Комитет по чрезвычайным ситуациям, который консультирует Генерального директора ВОЗ при принятии решения о том, приводит ли какое-либо конкретное заболевание к возникновению чрезвычайной ситуации медицинского характера, и выносит рекомендации относительно принятия соответствующих временных мер. В дополнение к этому Комитету по обзору Международных медико-санитарных правил поручено консультировать Генерального директора по техническим вопросам, касающимся действующих рекомендаций и соблюдения Международных медико-санитарных правил и поправок.

49. В 2009 году вспышка гриппа типа А/Н1N1 продемонстрировала восприимчивость к инфекционным заболеваниям на глобальном и национальном уровнях. Борьба с эпидемией гриппа типа А/Н1N1 стала первой главной проверкой Международных медико-санитарных правил с момента вступления их в силу в 2007 году. Комитет по обзору Международных медико-санитарных правил признал¹⁶ факторы уязвимости в работе по реагированию на чрезвычайные ситуации медицинского характера, обусловленные невыполнением государствами-участниками своих обязательств в соответствии с Международными медико-санитарными правилами относительно укрепления и развития основных национальных и местных систем здравоохранения. В рекомендациях, вынесенных Комитету по обзору правил, также подчеркивались меры, направленные на обеспечение более эффективной подготовки на глобальном уровне путем проведения научных исследований, создания более мощного глобального кадрового потенциала в области здравоохранения и ликвидации разрыва между имеющимися ресурсами и фактическими потребностями.

50. Вспышка Эболы продемонстрировала не только уязвимость национальных систем здравоохранения, но и поставила под вопрос роль международного сообщества в чрезвычайных ситуациях медицинского характера, в том числе роль ВОЗ в качестве ведущего учреждения в области здравоохранения. В докладе группы ВОЗ по проведению предварительной оценки вспышки Эболы вновь подчеркивались недостатки данного документа и в работе по обеспечению соблюдения его положений. В докладе подчеркивалось, что почти четверть государств — членов ВОЗ ввели запреты и приняли меры, ограничивающие международные поездки, отрицательно сказывающиеся на населении в кризисных ситуациях.

51. На шестьдесят восьмой сессии Всемирная ассамблея здравоохранения, опираясь на результаты работы, проделанной Группой, и переговоров, проведенных в ходе специальной сессии Исполнительного совета 2015 года по вопросам, касающимся чрезвычайной ситуации в связи со вспышкой Эболы, просила Генерального директора ВОЗ учредить комитет по обзору Международных медико-санитарных правил¹⁷, цели которого будут заключаться в: а) оценке эффективности Международных медико-санитарных правил;

¹⁶ См. WHA64/10.

¹⁷ Доклад первого заседания Комитета по обзору Международных медико-санитарных правил, посвященного роли Международных медико-санитарных правил (2005), во время вспышки Эболы и мерам реагирования, см. на сайте: www.who.int/ihr/review-committee-2016/IHRReviewCommittee_FirstMeetingReport.pdf?ua=1.

b) проведении анализа результатов работы предыдущего комитета по обзору в 2011 году¹⁸; и c) вынесении рекомендаций относительно принятия мер по обеспечению более эффективного применения Международных медико-санитарных правил и обеспечение их транспарентности, эффективности и действенности, включая меры реагирования, принимаемые ВОЗ¹⁹.

52. Комитет провел первое заседание в августе 2015 года и согласовал предварительный график работы на последующие месяцы. В ходе обсуждений был поднят ряд вопросов, которые будут служить ориентиром в дальнейшей работе Комитета и государств-членов. Были выявлены недочеты в работе по обеспечению соблюдения этих правил, такие как отсутствие в странах глубокого понимания этого документа на многих уровнях. К числу других поднятых вопросов относились следующие: отсутствие официальной системы оповещения о рисках для здоровья людей; необходимость укрепления потенциала на страновом уровне; необходимость налаживания более активного взаимодействия с другими участниками, включая, в частности, общины. Технические подкомитеты будут продолжать работу по наращиванию потенциала на страновом уровне, обеспечению соблюдения Международных медико-санитарных правил и надлежащего управления, а также по общим вопросам, касающимся Международных медико-санитарных правил. Заключительный доклад Комитета по обзору будет представлен на шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2016 года.

VI. Меры реагирования на Эболу

53. Генеральная Ассамблея в своей резолюции 69/132 выразила глубокую обеспокоенность в связи со вспышкой лихорадки Эбола в Западной Африке и признала, что эта вспышка показала, что странам чрезвычайно необходимы эффективные системы здравоохранения, способные выполнять международные медико-санитарные правила и обеспечить готовность к пандемиям и всеобщий охват медицинским обслуживанием, что будет способствовать предупреждению и выявлению возможных эпидемий.

54. Вспышка заболевания, вызванная вирусом Эбола в Западной Африке, является беспрецедентной ввиду большого числа инфицированных врачей, медицинских сестер и других работников системы здравоохранения. По состоянию на 2 сентября 2015 года был подтвержден 881 случай заражения медицинских работников в Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне с начала эпидемии; согласно сообщениям, число умерших в результате эпидемии составило 513 человек²⁰. Число работников сферы здравоохранения, которые, вероятно, будут инфицированы вирусом Эбола, в 21–32 раза выше, чем среди взрослого населения. Причины этого заключаются в принятии недостаточно эффективных мер по профилактике инфекции и обеспечению контроля и охраны здоровья на рабочих местах, обеспечению безопасности в медицинских учреждениях, а также в

¹⁸ См. сноску 16.

¹⁹ См. WHA68/DIV.3. Доступно по адресу: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_DIV3-en.pdf.

²⁰ WHO, “Ebola Situation Report”, 02 September 2015. Доступно по адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183955/1/roadmapsitrep_2Sept2015_eng.pdf?ua=1.

нехватке соответствующего персонала и неудовлетворительных условиях труда работников системы здравоохранения²¹.

55. Многие работники системы здравоохранения пострадали в результате вспышки этого заболевания, что повлекло определенные последствия и затруднило работу по обеспечению контроля, а также привело к истощению ресурсов, которые имеют чрезвычайно важное значение в любой работе по сдерживанию эпидемии. Когда персонал, движимый страхом, отказывается приходить на работу, это может привести к закрытию медицинских учреждений. Когда больницы прекращают свою работу, игнорируются другие общие и неотложные медицинские потребности, связанные, в частности, с безопасным деторождением и лечением малярии. Инфицирование большого числа медицинских работников является предметом растущего беспокойства общин. В некоторых районах пациенты, страдающие от тех или иных недугов, считают, что в больницах они могут заразиться вирусом Эболы, в результате чего сокращается доступ к медицинским услугам общего характера²².

56. ВОЗ и ее партнеры сотрудничают с министерствами здравоохранения, руководителями и работниками системы здравоохранения для внедрения механизмов профилактики инфекционных заболеваний и инфекционного контроля и разработки стратегий в области обеспечения безопасности, производственной гигиены и поставки товаров медицинского назначения в целях предупреждения инфицирования медицинских работников, повышения безопасности пациентов и улучшения условий труда в медицинских учреждениях. В результате принятия таких мер доля инфицированных медицинских работников от общего числа инфицированных лиц сократилась с 12 процентов в июле 2014 года до 1 процента в феврале 2015 года²³.

57. Извлеченный урок состоит в том, что укрепление потенциала противодействия медицинских служб эпидемиям и вспышкам болезней обуславливает необходимость создания достойных условий труда и обеспечения безопасности, охраны здоровья и благополучия медицинского персонала. Для этого необходимо принять элементарные меры по охране здоровья и обеспечению безопасности на рабочих местах, меры по предупреждению инфекционных заболеваний и обеспечению инфекционного контроля, а также обеспечению надлежащих систем водоснабжения и канализации во всех медицинских учреждениях. Странам необходимо разработать национальные программы по безопасности и гигиене труда медицинского персонала²⁴, включая соответствующие нормативные положения, а также осуществлять подготовку сотруд-

²¹ WHO, *Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone, A preliminary report, 21 May 2015*. Доступно по адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/171823/1/WHO_EVD_SDS_REPORT_2015.1_eng.pdf?ua=1.

²² WHO, "Unprecedented number of medical staff infected with Ebola- Situation assessment- 25 August 2014". Доступно по адресу: <http://www.who.int/mediacentre/news/ebola/25-august-2014/en/>.

²³ WHO, *Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone, A preliminary report, 21 May 2015*. Доступно по адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/171823/1/WHO_EVD_SDS_REPORT_2015.1_eng.pdf?ua=1.

²⁴ Resolution WHA 60.26. "Workers' health: global plan of action" in: *Sixtieth World Health Assembly, Resolutions and decisions: annexes*. Geneva, World Health Organization, 2007 (WHASS1/2006-WHA60/2007/REC/1), Resolutions: 94-99. Доступно по адресу: http://www.who.int/occupational_health/publications/global_plan/en/.

ников по вопросам охраны труда на рабочем месте в каждом медицинском учреждении, проводить работу по вакцинации, применению безопасных медицинских средств, обеспечению медицинских средств защиты и оказанию медицинским работникам основных услуг по охране труда на рабочем месте. Всемирная организация здравоохранения и Международная организация труда разработали рекомендации и практические средства в целях расширения возможностей стран по улучшению условий и обеспечению охраны и безопасности труда в медицинских учреждениях²⁵.

58. В рамках выполнения своих основных функций ВОЗ активно сотрудничает с организациями-партнерами и специализированными сетями в деле разработки стратегий, обеспечения методологического руководства, разработки учебных программ в целях восполнения пробелов в знаниях и повышения квалификации работников системы здравоохранения, с тем чтобы они были информированы о способах обеспечения высококачественного медицинского обслуживания наряду с обеспечением индивидуальной безопасности. ВОЗ также оказывает поддержку деятельности по реагированию на вспышки эпидемии путем выявления необходимых экспертов и использования их услуг и содействия проведению оценки рисков для здоровья людей и оказания технической консультативной помощи по вопросам безопасности медицинского персонала. В сети Интернет можно ознакомиться с рядом рекомендаций и практическими механизмами, включая рекомендации относительно клинического ведения пациентов, инфицированных вирусом Эбола и коронавирусом ближневосточного респираторного синдрома.

59. Во время вспышки эпидемии Эболы в Западной Африке ВОЗ и ее партнеры организовали трехэтапную подготовку по вопросам клинического ведения пациентов, инфицированных вирусом Эбола в трех затронутых странах. Свыше 3000 местных, национальных и международных работников системы здравоохранения завершили обучение на этапе 1 (аудиторные занятия) и этапе 2 (практические занятия в группах по вопросам моделирования методов лечения лихорадки Эбола); свыше 1000 медицинских работников завершили клиническую практику в рамках программы наставничества в группах по лечению лихорадки Эбола. Подготовка групп, занимающихся не связанным с лихорадкой Эбола лечением, по вопросам, касающимся диагностической сортировки и мер по обеспечению безопасности медицинского персонала, в настоящее время осуществляется в странах, сталкивающихся с угрозой расширения масштабов вспышки эпидемии Эболы в рамках национальных планов по обеспечению готовности к бедствиям.

60. Опыт, накопленный в борьбе с геморрагической лихорадкой Эбола в Западной Африке, также подтвердил важную роль качественного медицинского обслуживания не только для обеспечения благополучия и поддержания жизнедеятельности пациентов, но также и для благополучия самих медицинских работников и укрепления доверия между затронутыми общинами и обеспечения их участия в работе по борьбе с этой эпидемией.

61. Вспышка эпидемии Эболы также продемонстрировала, как культурные традиции и модели поведения на общинном уровне сказываются на распро-

²⁵ WHO and ILO. "Ebola virus disease: occupational safety and health". Joint WHO/ILO briefing note for workers and employers. Доступно по адресу: http://www.who.int/occupational_health/publications/ebola_osh/en/.

странении того или иного заболевания, а также на охране здоровья и обеспечении безопасности медико-санитарных работников, включая медицинских работников и работников сферы ритуальных услуг на общинном уровне. Так, например, с учетом того, что оказание ритуальных услуг в странах Западной Африки сопряжено с высоким риском, приверженность традициям предков, касающимся обряда погребения и похорон, отмечалась в качестве причины вспышки многочисленных новых заболеваний, в ноябре 2014 года был издан новый протокол Всемирной организации здравоохранения²⁶.

62. В новом протоколе ВОЗ подчеркивалась необходимость организации достойных похорон с соблюдением религиозных обрядов при погребении христиан и мусульман. Этот протокол был разработан междисциплинарной группой в составе сотрудников ВОЗ и Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу в сотрудничестве с Международной федерацией обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и профессиональными организациями, включая Всемирный совет церквей, организацию «Исламская помощь», организацию «Каритас интернешнл» и Международную организацию по перспективам мирового развития. Протокол применялся похоронными командами, работающим под руководством Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, министерств здравоохранения, объединения неправительственных организаций, в которое входят Международная организация по перспективам мирового развития, католические службы оказания чрезвычайной помощи, Католическое агентство по вопросам развития зарубежных стран и организация гражданского общества «Консёрн уорлдуайд», работающие в сотрудничестве с местными религиозными лидерами и семьями.

VII. Создание устойчивых национальных систем здравоохранения и укрепление национального потенциала на основе медицинских кадров

63. Прогресс в деле всеобщего охвата населения медицинскими услугами и достижения связанных с охраной здоровья целей в области устойчивого развития требует, чтобы все люди могли получать качественные медицинские услуги, в которых они нуждаются, без каких-либо финансовых затруднений. Это влечет за собой необходимость серьезных и стратегических инвестиций, причем не в последнюю очередь в обеспечение медицинских и социальных кадров, которые являются одним из основных компонентов национальных систем здравоохранения.

64. В настоящее время существует несоответствие между спросом на рабочую силу в сфере здравоохранения и социального обеспечения и ее предложением; эта проблема является особенно острой в странах с низким и средним уровнем дохода, где дефицит квалифицированных медицинских специалистов, как ожидается, в ближайшие десятилетия вырастет до миллионов человек, особенно в странах Африки, расположенных к югу от Сахары. Если не будут

²⁶ WHO: “How to conduct safe and dignified burial of a patient who has died from suspected or confirmed Ebola virus disease” Доступно по адресу: www.who.int/csr/resources/publications/ebola/safe-burial-protocol/en/.

приняты соответствующие меры, то такая ситуация приведет к негативным последствиям в плане достижения социально-экономических приоритетов и целей, ослаблению национальных систем здравоохранения и повышению степени уязвимости стран к новым угрозам для здоровья людей.

65. С 2000 года отмечается увеличение спроса на квалифицированную рабочую силу как в странах с высоким уровнем дохода, так и в странах с формирующейся экономикой. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что такая ситуация сохранится из-за целого ряда ключевых факторов, включая демографические и эпидемиологические изменения, технический прогресс и рост спроса на обеспечение равного доступа к более широкому диапазону качественных медицинских и социальных услуг. Эти факторы социально-экономической политики будут способствовать развитию глобальных, региональных и субрегиональных рынков труда квалифицированных медицинских работников и стимулировать новые инвестиции в создание рабочих мест.

66. Принимая во внимание увеличение спроса на квалифицированную рабочую силу, многие страны будут по-прежнему рассчитывать на медицинские кадры, подготовленные за рубежом, и эта тенденция, по всей видимости, будет продолжать расти. Еще одним аспектом, влияющим на глобальные, региональные и субрегиональные рынки труда в сфере здравоохранения, является миграция и мобильность медицинских работников, особенно с учетом увеличения либерализации правил, касающихся миграции квалифицированных кадров, а также не самых оптимальных условий работы во многих странах с низким и средним уровнем дохода, что является одним из факторов, подталкивающих к миграции.

67. Миграция и мобильность медицинских работников здравоохранения и свобода перемещения персонала здравоохранения между странами — членами Ассоциации государств Юго-Восточной Азии (АСЕАН), Карибского сообщества (КАРИКОМ), Южноамериканского общего рынка (МЕРКОСУР) и Европейского союза привлекает более пристальное внимание к вопросам, касающимся найма персонала здравоохранения из числа мигрантов в соответствии с этическими принципами и взаимного признания профессиональной квалификации.

68. Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения²⁷, многосторонний рамочный документ, направленный на устранение глобальной нехватки кадров здравоохранения и принятие мер в отношении проблем, связанных с международной мобильностью работников здравоохранения, содействует применению добровольных принципов и практики международного найма персонала здравоохранения в соответствии с этическими нормами, учитывая права, обязанности и ожидания стран происхождения, стран, в которые направляются мигранты, и персонала здравоохранения из числа мигрантов. В связи с ростом мобильности и миграции медицинских работников значение Глобального кодекса для укрепления системы здравоохранения во всем мире становится все более важным.

69. Опыт, накопленный к настоящему времени в связи со вспышкой Эболы, показал, что нехватка и отсутствие на низовом уровне медицинских кадров —

²⁷ WHA63.16, приложение. Можно ознакомиться по адресу: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-ru.pdf?ua=1.

от непрофессиональных работников до квалифицированного медицинского персонала — выявили уязвимость существующих систем. Наряду с дальнейшим осуществлением усилий по обеспечению необходимых услуг в области здравоохранения не менее важное значение имеет нацеленное на среднесрочную и долгосрочную перспективу финансирование и реализация основанных на фактических данных моделей здравоохранения, построенных с учетом преобладающего бремени заболеваний и стремления обеспечить всеобщий охват населения медицинскими услугами.

70. Принимая во внимание реальную динамику рынка труда медицинских кадров, для создания устойчивых систем здравоохранения необходимы стратегические инвестиции в людские ресурсы для сферы здравоохранения. Это подразумевает выход за пределы классических стратегий, нацеленных только на рост численности, и предполагает также разработку стратегий, обеспечивающих эффективный набор, расстановку и удержание работников и повышение эффективности работы персонала здравоохранения. На практике это включает проведение реформ, направленных на улучшение условий труда персонала здравоохранения, справедливую и транспарентную политику в области оплаты труда, меры стимулирования в соответствии с условиями работы, преобразовательные стратегии в сфере образования, а также контроль и надзор.

71. Программа МОТ по обеспечению достойной работы²⁸ основана на создании рабочих мест, правах в сфере труда, социальном обеспечении (здравоохранении и пенсионном обеспечении) и социальном диалоге. Национальные платформы с участием ключевых национальных субъектов, таких как соответствующие министерства, профессиональные ассоциации, профсоюзы, имеют важнейшее значение для решения проблемы нехватки достойной работы и способствуют позитивным изменениям в сфере трудовых отношений и условий труда (в том числе в том, что касается политики в области оплаты труда, уровней заработной платы, мер стимулирования). Кроме того, важную роль в создании рамок, регулирующих вопросы профессиональной этики и практики, а также обеспечения качественных услуг в области здравоохранения, играют регулирующие органы. Поощрение и поддержание благоприятных условий, поддерживающих достойный труд, оказывает положительное воздействие на состояние здоровья пациентов и на качество предоставляемых услуг в целом.

72. В целях оказания всем государствам-членам и партнерам поддержки в решении проблем, связанных с обеспечением всеобщего охвата населения медицинскими услугами, ВОЗ разработала документ под названием «Глобальная стратегия в области людских ресурсов в сфере здравоохранения: кадры, 2030 год»²⁹. В стратегии особое внимание уделено росту числа свидетельств того, что персонал здравоохранения обеспечивает трехкратную отдачу от инвестиций: а) способствует более широкому социально-экономическому развитию в сочетании с оказанием положительного воздействия на достижение установленных Организацией Объединенных Наций целей в области устойчивого развития, в том числе в области образования и гендерного равенства, а также на создание достойных рабочих мест и обеспечение устойчивого экономического

²⁸ Можно ознакомиться по адресу: www.ilo.org/global/about-the-ilo/decent-work-agenda/lang-en/index.htm.

²⁹ Можно ознакомиться по адресу: www.who.int/hrh/resources/GlobalStrategyHumanResourcesHealth_Workforce2030Table2-3.pdf?ua=1.

роста; b) представляет собой первую линию обороны на уровне отдельных стран при выполнении Международных медико-санитарных правил (2005 года) и содействии обеспечению глобальной безопасности в сфере здравоохранения; и c) способствует улучшению состояния здоровья населения. Эта стратегия будет представлена на Всемирной ассамблее здравоохранения на ее шестьдесят девятой сессии в мае 2016 года.

73. Эта стратегия призывает осуществить дополнительные меры защиты работников здравоохранения от насилия и вредного воздействия в государствах с нестабильной обстановкой и в странах с хроническими чрезвычайными ситуациями, что является частью более широкой программы по созданию благоприятных условий труда, обеспечивающих также охрану труда и безопасность на рабочих местах.

VIII. Рекомендации

74. Защита работников здравоохранения имеет важнейшее значение для обеспечения способности систем здравоохранения в плане реагирования на угрожающие здоровью чрезвычайные ситуации и удовлетворения текущих потребностей в сфере здравоохранения. Защита и поддержка работников здравоохранения должны быть в центре деятельности по обеспечению реагирования на чрезвычайные ситуации, готовности к ним и осуществления усилий, направленных на создание устойчивой системы здравоохранения³⁰.

75. Глобальное здравоохранение зависит от наличия подготовленного в соответствии с поставленными задачами медицинского персонала, действующего в рамках устойчивой системы здравоохранения. Опытные, прошедшие подготовку, имеющие должное оснащение и получающие поддержку медицинские работники представляют собой первую линию обороны для стран, выполняющих требования Международных медико-санитарных правил. Для этого требуется более четкое представление о последствиях осуществления глобальной повестки дня в области здравоохранения для медицинских работников (необходимый потенциал, требования к трудовым ресурсам и стратегии в области повышения эффективности работы кадров); и для инвестиций в долгосрочное развитие кадров здравоохранения в целях укрепления общего потенциала системы здравоохранения для обеспечения устойчивого характера применения Международных медико-санитарных правил. Этот подход вносит свой вклад в глобальный концептуальный план подготовки медицинских кадров для работы в чрезвычайных ситуациях путем уделения основного внимания национальным кадрам здравоохранения, которые являются передовым отрядом реагирования в странах, входящих в группу риска.

76. Согласованные межсекторальные меры реагирования, как в рамках, так и вне рамок сектора здравоохранения, охватывающие повестки дня в области развития, дипломатии, образования, финансов, гуманитарной сферы и безопасности, имеют жизненно важное значение для обеспечения развития, защиты и безопасности персонала здравоохранения. Принимае-

³⁰ См. сноску 23.

мые Международным валютным фондом гарантии в области облегчения бремени задолженности и увеличение бюджетных возможностей в сфере здравоохранения должны быть переведены в плоскость новых инвестиций в создание рабочих мест для медицинских работников, особенно для женщин в сельских районах, с тем чтобы стимулировать возникающие в связи с этим социально-экономические выгоды.

77. Работникам здравоохранения, находящимся на передовых рубежах борьбы с чрезвычайными ситуациями в области охраны здоровья населения, должна быть оказана поддержка посредством предоставления им средств индивидуальной защиты, предметов снабжения и профессиональной подготовки для осуществления их деятельности и максимального обеспечения охраны труда и безопасности. Им должны быть предоставлены надлежащие трудовые договоры, вознаграждение, пособия и льгот для них самих и для их семей. Те же принципы должны быть применены в целях снижения для работников здравоохранения профессиональных рисков, связанных с инфекциями, профилактикой и борьбой с другими контактиозными заболеваниями.

78. Для обеспечения максимальной охраны и защиты медицинского персонала требуется также расширение учебных программ в области образования и профессиональной подготовки, которые имеют своей целью приобретение навыков и знаний, необходимых для надлежащего осуществления функций Международных медико-санитарных правил (в особенности в области наблюдения за заболеваниями, лабораторной диагностики и организации здравоохранения). Они должны охватывать программы обучения до поступления на работу (медицинские учебные заведения и другие учреждения по профессиональной подготовке медицинских работников); обучения без отрыва от рабочих мест и непрерывного профессионального образования, включая методы обучения с использованием электронных средств.

79. Обеспечение наличия устойчивых, подготовленных в соответствии с поставленными задачами людских ресурсов в сфере охраны здоровья требует улучшения содержания и осуществления планов подготовки кадров здравоохранения в рамках национальной политики, стратегий и планов в области здравоохранения. Необходимы согласованные усилия по укреплению межсекторального диалога между всеми субъектами, оказывающими влияние на вопросы, касающиеся кадров здравоохранения на национальном уровне (такими как министерства здравоохранения, труда, образования и финансов), другими заинтересованными сторонами и частным сектором в целях решения проблем, связанных с правилами и практикой государственного сектора, препятствующих принятию соответствующих систем вознаграждения, условий труда механизмов продвижения по службе для работников здравоохранения.

80. Непременным условием понимания рынка труда медицинских кадров, которое необходимо для разработки политики и планирования на основе фактических данных, является наличие информации о кадровых ресурсах в области здравоохранения. Повышение доступности данных о людских ресурсах в секторе здравоохранения, а также анализ численности, мест расположения и профессиональных качеств всех работников

здравоохранения, занятых в сфере предоставления основных медицинских услуг, является одним из предварительных условий для укрепления национального, регионального и глобального потенциала медицинских кадров в целях обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям, безопасности в области здравоохранения и предоставления основных медицинских услуг. Разработанная ВОЗ новая концепция национального учета работников здравоохранения включает призыв осуществлять инвестиции в укрепление аналитического потенциала стран в области людских ресурсов в сфере здравоохранения и данных о системе здравоохранения на основе политики и руководящих указаний в области стандартизации и функциональной совместимости людских ресурсов в сфере здравоохранения.
