



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
СПЕЦИАЛЬНАЯ СЕССИЯ**

ЖЕНЕВА, 23 МАЯ 2006 г.

РЕШЕНИЯ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ

СТО ВОСЕМНАДЦАТАЯ СЕССИЯ

ЖЕНЕВА, 29-31 МАЯ 2006 г.

**РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ
ПРИЛОЖЕНИЯ**

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ

**ЖЕНЕВА
2006 г.**



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
СПЕЦИАЛЬНАЯ СЕССИЯ

ЖЕНЕВА, 23 МАЯ 2006 г.

РЕШЕНИЯ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ

ЖЕНЕВА
2006 г.

СОКРАЩЕНИЯ

Сокращения, используемые в документах ВОЗ, включают следующие:

ККНИОЗ	– Консультативный комитет по научным исследованиям в области здравоохранения	ЮНЭЙДС	– Объединенная и совместно организованная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
АСЕАН	– Ассоциация стран Юго–Восточной Азии	ЮНКТАД	– Конференция ООН по торговле и развитию
КССР	– Координационный совет старших руководителей системы ООН [ранее АКК]	ЮНДСП	– Международная программа ООН по контролю над наркотическими средствами
СММНО	– Совет международных медицинских научных организаций	ПРООН	– Программа развития ООН
ФАО	– Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН	ЮНЕП	– Программа ООН по окружающей среде
МАГАТЭ	– Международное агентство по атомной энергии	ЮНЕСКО	– Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры
МАИР	– Международное агентство по изучению рака	ЮНФПА	– Фонд ООН для деятельности в области народонаселения
ИКАО	– Международная организация гражданской авиации	УВКБ	– Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев
ИФАД	– Международный фонд сельскохозяйственного развития	ЮНИСЕФ	– Детский фонд ООН
МОТ	– Международная организация труда	ЮНИДО	– Организация Объединенных Наций по промышленному развитию
МВФ	– Международный валютный фонд	БАПОР	– Ближневосточное агентство ООН для помощи палестинским беженцам и организации работ
ИМО	– Международная морская организация	ВПП	– Всемирная продовольственная программа
МСЭ	– Международный союз электросвязи	ВОИС	– Всемирная организация интеллектуальной собственности
ОЭСР	– Организация экономического сотрудничества и развития	ВМО	– Всемирная метеорологическая организация
МБЭ	– <i>Международное бюро по эпизоотиям</i>	ВТО	– Всемирная торговая организация
ПАОЗ	– Панамериканская организация здравоохранения		

Используемые в настоящем издании обозначения и изложение материала не отражают мнения Секретариата Всемирной организации здравоохранения о правовом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительств или другого органа власти или об их государственных границах. Когда в рубрике таблицы приводится наименование "страны или районы", имеются в виду страны, территории, города или районы.

ВВЕДЕНИЕ

Специальная сессия Исполнительного комитета была проведена в штаб-квартире ВОЗ, Женева, 23 мая 2006 года. В этой части данного тома содержатся решения, протокол дискуссий Исполкома и список участников.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение	3
Повестка дня.....	7
Список документов	9

ЧАСТЬ I

РЕШЕНИЯ

EBSS(1)	Исполняющий обязанности Генерального директора	13
EBSS(2)	Ускорение процедуры избрания следующего Генерального директора...	13
EBSS(3)	Заместитель Генерального директора.....	13

ЧАСТЬ II

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ

Список членов и других участников	17
Специальная сессия	33
1. Дань памяти покойному Генеральному директору д-ру ЛИ Чон-вуку	33
2. Открытие сессии и утверждение повестки дня	33
3. Генеральный директор ВОЗ	34

ПОВЕСТКА ДНЯ¹

1. Открытие сессии и утверждение повестки дня
 2. Генеральный директор ВОЗ
-

¹ Утверждена Исполкомом на его специальной сессии.

СПИСОК ДОКУМЕНТОВ

EBSS/1	Повестка дня ¹
EBSS/2	Генеральный директор ВОЗ: Меморандум о назначении заместителя Генерального директора
Разное	
EBSS/DIV/1	Список членов и других участников
EBSS/DIV/2	Решения, принятые Исполнительным комитетом на его специальной сессии 23 мая 2006 года

¹ См. стр. 7.

ЧАСТЬ I
РЕШЕНИЯ

РЕШЕНИЯ

EBSS(1) Исполняющий обязанности Генерального директора

Исполнительный комитет постановляет, в соответствии с правилом 113 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения, назначить д-ра Anders Nordström исполняющим обязанности Генерального директора до назначения и вступления в должность нового Генерального директора Всемирной организации здравоохранения.

(Специальная сессия, 23 мая 2006 г.)

EBSS(2) Ускорение процедуры избрания следующего Генерального директора

Исполнительный комитет предлагает Секретариату представить на рассмотрение Исполкома на его Сто восемнадцатой сессии варианты ускорения процедуры избрания следующего Генерального директора Всемирной организации здравоохранения. На своей Сто восемнадцатой сессии Исполком установит временные рамки этой процедуры.

(Специальная сессия, 23 мая 2006 г.)

EBSS(3) Заместитель Генерального директора

Исполнительный комитет предлагает Секретариату решить вопрос о заместителе Генерального директора Всемирной организации здравоохранения.

(Специальная сессия, 23 мая 2006 г.)

ЧАСТЬ II
ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ

СПИСОК ЧЛЕНОВ И ДРУГИХ УЧАСТНИКОВ

ЧЛЕНЫ, ИХ ЗАМЕСТИТЕЛИ И СОВЕТНИКИ

ПАКИСТАН

Г-н M.N. KHAN, Федеральный министр здравоохранения, Исламабад (**Председатель**)

Заместители

Г-н M. KHAN, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-жа T. JANJUA, заместитель Постоянного представителя, Женева

Д-р A. AHMED, заместитель Генерального директора по вопросам здравоохранения, Исламабад

Г-н A.A. KHOKHAR, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

Г-н R.S. SHEIKH, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

Г-н F.N. TIRMIZI, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

АВСТРАЛИЯ

Г-жа J. HALTON, секретарь, Департамент по вопросам здоровья и старения, Канберра
(**заместитель Председателя**)

Заместители

Г-жа C. PATTERSON, советник-посланик (по вопросам здравоохранения), Постоянное представительство, Женева

Г-н M. SAWERS, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

АЗЕРБАЙДЖАН

Г-н O. SHIRALIYEV, Министр здравоохранения, Баку

Заместители

Г-н S.A. ABDULLAYEV, Начальник, Департамент международных связей, Министерство здравоохранения, Баку

Г-н R. NOVRUZOV, атташе, Постоянное представительство, Женева

БАХРЕЙН

Д-р N.A. HAFFADH, Министр здравоохранения, Манама

Заместитель

Д-р S.A. KHALFAN, Директор по вопросам общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения, Манама

БУТАН

Д-р JIGMI SINGAY, Министр здравоохранения, Тхимпху

Заместитель

Г-н P. WANGCHUK, заместитель Министра, Министерство здравоохранения, Тхимпху

БОЛИВИЯ

Д-р F. ANTEZANA ARANÍBAR, главный советник, Министерство здравоохранения и спорта, Ла-Пас

БРАЗИЛИЯ

Д-р P.M. BUSS, Президент Фонда Освальдо Круза, Рио-де-Жанейро

Заместители

Д-р J. GOMES TEMPORÃO, секретарь по вопросам здравоохранения, Министерство здравоохранения, Бразилия

Г-н S. ALCAZAR, советник, руководитель Департамента международных связей, Министерство здравоохранения, Бразилия

Г-н P.M. DE CASTRO SALDANHA, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

Г-жа M. NOGUIERA GUEBEL, секретарь, Отдел по социальным вопросам, Министерство внешних сношений, Бразилия

КАНАДА

Г-н I. SHUGART, старший помощник, заместитель Министра здравоохранения, Министерство здравоохранения Канады, Оттава

Заместители

Г-жа C. GILDERS, Генеральный директор, Управление международных отношений, Отдел политики здравоохранения, Министерство здравоохранения Канады, Оттава

Г-жа G. WISEMAN, Директор, Управление международных отношений, Министерство здравоохранения Канады, Оттава

Г-н D. MACPHEE, старший советник, Отдел по вопросам глобального здравоохранения, прав человека, гендерного равенства, здравоохранения и народонаселения, Департамент иностранных дел и международной торговли Канады, Оттава

Г-н P. OLDHAM, советник, Постоянное представительство, Женева

Г-н D. STRAWCZYNSKI, старший политический аналитик, Управление международных отношений, Министерство здравоохранения Канады, Оттава

Г-жа N. KELLY, заместитель Министра, Нью-Брунсуик, Фредериктон

Д-р J. WEBBER, Директор, Департамент международной политики и развития Канадской ассоциации медсестер, Оттава

ЧЕШСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Д-р M. VÍT, заместитель Министра здравоохранения, Руководитель медицинской службы, Министерство здравоохранения, Прага (**заместитель профессора V. Fišer**)

Заместители

Г-н O. VESELSKÝ, Директор, Управление внешних связей, Министерство здравоохранения, Прага

Г-жа H. SEVDÍKOVÁ, Директор, Департамент по сотрудничеству в целях развития и гуманитарной помощи, Министерство иностранных дел, Прага

ЭКВАДОР

Д-р I. ZAMBRANO CEDEÑO, Министр общественного здравоохранения, Кито
(заместитель д-ра J. Andrade Gaibor)

Заместители

Г-н G. LARENAS SERRANO, советник, Постоянное представительство, Женева

Д-р M. LOOR, советник, Кабинет Министра, Министерство общественного здравоохранения, Кито

Д-р J. AVILÉS, Директор, Отдел обеспечения качества, Министерство общественного здравоохранения, Кито

Г-н D. SANTOS REPETTO, советник, Постоянное представительство, Женева

ФРАНЦИЯ

Д-р J.-В. BRUNET, Руководитель Группы по европейским и международным вопросам, Главное управление здравоохранения, Министерство здравоохранения и солидарности, Париж (заместитель профессора D. Houssin)

Заместители

Г-жа J. TOR-DE TARLÉ, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

Г-жа I. VIREM, сотрудник Группы по европейским и международным вопросам, Главное управление здравоохранения, Министерство здравоохранения и солидарности, Париж

ГВИНЕЯ-БИСАУ

Д-р J.C. SÁ NOGUEIRA, советник Министра по институциональной политике, Министерство здравоохранения, Бисау

ИСЛАНДИЯ

Г-н D.Á. GUNNARSSON, постоянный секретарь, Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Рейкьявик

Заместители

Г-жа R. HARALDSDOTTIR, Директор Департамента, Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Рейкьявик

Г-жа V. INGOLFSDOTTIR, Директор Департамента, Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Рейкьявик

Д-р M. HALLDÓRSSON, заместитель Директора по медицине, Управление по здравоохранению, Рейкьявик

Г-жа A. KNUTSDOTTIR, советник, Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Рейкьявик

ИРАК

Г-н В. AL-SHIBIB, посол, Постоянный представитель, Женева
(заместитель д-ра A.M. Ali Mohammed Salih)

Заместитель

Г-жа M.A. YASS, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

ЯМАЙКА

Д-р В. WINT, Руководитель медицинских служб, Министерство здравоохранения, Кингстон
Заместитель

Г-н R.A. SMITH, посол, Постоянный представитель, Женева

ЯПОНИЯ

Д-р Т. TOGUCHI, помощник Министра по техническим вопросам, Кабинет Министра,
Министерство здравоохранения, труда и социального обеспечения, Токио

(заместитель д-ра Н. Shinozake)

Заместители

Д-р Н. INOUE, заместитель Директора, Отдел международных связей, Министерство
здравоохранения, труда и социального обеспечения, Токио

Г-жа Т. TSUJISAKA, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

КЕНИЯ

Д-р J. NYIKAL, Директор медицинских служб, Министерство здравоохранения, Найроби

Заместитель

Д-р Т. GAKURUH, заместитель Директора медицинских служб, Министерство
здравоохранения, Найроби

ЛЕСОТО

Д-р М. РНООКО, Министр здравоохранения и социального обеспечения, Масеру

Заместители

Г-н Т. J. RAMOTSOARI, главный секретарь, Министерство здравоохранения и
социального обеспечения, Масеру

Г-жа М. РНЕКО, советник-посланник, Постоянное представительство, Женева

ЛИБЕРИЯ

Д-р W.T. GWENIGALE, Министр здравоохранения, Монровия

ЛИВИЙСКАЯ АРАБСКАЯ ДЖАМАХИРИЯ

Д-р А.Н. SAHELI, заместитель секретаря, Генеральный народный комитет по вопросам
здравоохранения и окружающей среды, Триполи

Заместители

Д-р М.В. RASHED, секретарь (на уровне Министра), Генеральный народный комитет по
вопросам здравоохранения и окружающей среды, Триполи

Д-р Н. GASHUT, советник, Постоянное представительство, Женева

ЛЮКСЕМБУРГ

Д-р D. HANSEN-KOENIG, Директор по вопросам здравоохранения, Управление
здравоохранения, Люксембург **(заместитель Председателя)**

Заместители

Г-н J. FEYDER, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-жа С. GOY, заместитель Постоянного представителя, Женева

Г-жа Е. COLOTTE, секретарь Миссии, Управление по сотрудничеству и гуманитарным
акциям, Министерство иностранных дел, Люксембург

МАДАГАСКАР

Д-р R.R. JEAN LOUIS, Министр здравоохранения и планирования семьи, Антананариву
Заместители

Г-н A. RAMBELOSON, посол, Постоянный представитель, Женева

Д-р N. RAMANANDRAIBE, Директор, Национальное управление по борьбе против табака, Министерство здравоохранения и планирования семьи, Антананариву

МЕКСИКА

Г-н M. BAILÓN, Генеральный директор Управления по международным отношениям, Министерство здравоохранения, Мексика, Федеральный округ (**Докладчик**)

Заместители

Д-р J. FRENK, Министр здравоохранения, Мексика, Федеральный округ

Г-н L.A. DE ALBA, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-н R. TAPIA CONYER, заместитель Министра по профилактике и укреплению здоровья, Министерство здравоохранения, Мексика, Федеральный округ

Д-р J. SEPÚLVEDA AMOR, Генеральный координатор национальных институтов здравоохранения, Министерство здравоохранения, Мексика, Федеральный округ

Г-н G. GARCIA PÉREZ, Руководитель Группы по координации единства и социального участия, Министерство здравоохранения, Мексика, Федеральный округ

Г-н C. RUÍZ MATUS, координатор советников заместителя Министра по вопросам профилактики и укрепления здоровья, Министерство здравоохранения, Мексика, Федеральный округ

Г-жа D.M. VALLE ÁLVAREZ, советник, Постоянное представительство, Женева

Г-жа A. GONZÁLEZ MOREL, Руководитель Отдела по многосторонним вопросам, Министерство здравоохранения, Мексика, Федеральный округ

НАМИБИЯ

Д-р K. SHANGULA, постоянный секретарь, Министерство здравоохранения и социальных служб, Виндхук (**заместитель Председателя**)

Заместитель

Д-р R.N. КАМВИ, Министр здравоохранения и социальных служб, Виндхук

НЕПАЛ

Г-н R.M. SINGH, секретарь, Министерство здравоохранения и народонаселения, Катманду (**заместитель д-ра H.N Acharya, заместитель Председателя**)

Заместители

Г-н A.B. SINGH, руководитель, Отдел планирования политики и международного сотрудничества, Министерство здравоохранения и народонаселения, Катманду

Г-н G.B. ТНАРА, советник-посланник, Постоянное представительство, Женева

ПОРТУГАЛИЯ

Профессор J. PEREIRA MIGUEL, Верховный комиссар по вопросам здравоохранения, Лиссабон

Заместители

Г-н J.C. DA COSTA PEREIRA, посол, Постоянный представитель, Женева

Профессор P. FERRINHO, заместитель Генерального директора здравоохранения, Лиссабон

Г-н J. SOUSA FIALHO, советник, Постоянное представительство, Женева
Г-жа M.J. LARANJEIRO, советник при Министре, Министерство здравоохранения,
Лиссабон

РУМЫНИЯ

Г-н L. MIHAI, Генеральный директор, Главное управление по Европейской интеграции и
международным связям, Министерство здравоохранения, Бухарест
(заместитель г-на E. Nicolaescu)

Заместитель

Г-н F. PIRONEA, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

РУАНДА

Д-р G. TWANIRWA, Директор больницы медицинского округа Кабутаре
(заместитель д-ра J.D. Ntawukuriryayo)

Заместитель

Г-н A. KAYITAYIRE, первый советник, Постоянное представительство, Женева

СУДАН

Д-р T. BOTROS SHOKAI, Федеральный министр здравоохранения, Хартум

Заместители

Д-р I.E.M. ABDULLA, Директор, Отдел международного сотрудничества, Федеральное
министерство здравоохранения, Хартум

Г-жа I. ELAMIN, третий секретарь, Постоянное представительство, Женева

ТАИЛАНД

Д-р SUWIT WIBULPOLPRASERT, старший советник по экономике здравоохранения,
Министерство здравоохранения, Нонтабури

Заместители

Д-р VIROJ TANGCHAROENSATHIEN, старший аналитик по вопросам политики и
планирования, Министерство здравоохранения, Нонтабури

Г-жа WARANYA TEOKUL, аналитик по вопросам политики и планирования, Бюро
Национального совета по экономическому и социальному развитию, Бангкок

Г-жа PAWEENA TARNSONDHAYA, сотрудник по международным связям,
Международная группа здравоохранения, Бюро политики и стратегий, Министерство
здравоохранения, Нонтабури

ТОНГА

Д-р V. TANGI, Министр здравоохранения, Нукуалофа

ВЬЕТНАМ

Г-жа LE THI THU HA, заместитель Директора, Департамент международного сотрудничества,
Министерство здравоохранения, Ханой

**ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ, НЕ ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ
В ИСПОЛНИТЕЛЬНОМ КОМИТЕТЕ¹****АНГОЛА**

Д-р S. NETO DE MIRANDA, атташе по вопросам здравоохранения, Постоянное представительство, Женева

АРГЕНТИНА

Г-жа DE HOZ, советник-посланник, Постоянное представительство, Женева
Г-н S. ROSALES, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

АВСТРИЯ

Д-р C. LASSMANN, заместитель заведующего, Отдел здравоохранения и социальных вопросов, Федеральное министерство иностранных дел, Вена
Д-р V. GREGORICH-SCHEGA, Директор, Отдел по международным связям, Федеральное министерство по вопросам здравоохранения и женщин, Вена
Д-р D. ZIMPER, сотрудник Отдела международных связей в области здравоохранения, Федеральное министерство по вопросам здравоохранения и женщин, Вена

БАГАМСКИЕ ОСТРОВА

Д-р B.J. NOTTAGE, Министр здравоохранения и национального страхования, Нассау
Д-р M. DAHL-REGIS, Главный медицинский сотрудник, Министерство здравоохранения, Нассау
Д-р V. CAREY, Руководитель общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения, Нассау

БАНГЛАДЕШ

Д-р K.M. HOSSAIN, Министр по вопросам здравоохранения и благосостояния семей, Дакка
Д-р T. ALI, посол, Постоянный представитель, Женева
Профессор M.S. HOSSAIN, Генеральный директор, Управление медико-санитарных служб, Дакка
Г-н M.S. ISLAM, заместитель Министра, Министерство по вопросам здравоохранения и благосостояния семей, Дакка
Г-н M. ZAMAN, советник-посланник (по политическим вопросам), Постоянное представительство, Женева
Г-н N.U. AHMED, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

БЕЛЬГИЯ

Д-р D. CUYPERS, Председатель Совета управляющих, Государственная федеральная служба общественного здравоохранения, безопасной пищевой цепи и окружающей среды, Брюссель
Г-жа F. GUSTIN, советник-посланник, заместитель Постоянного представителя, Женева
Г-жа L. MEULENBERGS, Управление международных отношений, Государственная федеральная служба общественного здравоохранения, безопасной пищевой цепи и окружающей среды, Брюссель

¹ Принимают участие на основании Статьи 3 Правил процедуры Исполнительного комитета.

Д-р J. LARUELLE, советник, Генеральное управление по сотрудничеству в целях развития, Брюссель

БЕЛИЗ

Г-н M. TAMASKO, Постоянное представительство, Женева

БОЛГАРИЯ

Г-н P. DRAGANOV, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-н I. KRASTELNIKOV, государственный эксперт, Министерство иностранных дел, София

КАМЕРУН

Г-н U. OLANGUENA AWONO, Министр общественного здравоохранения, Яунде

Г-н F. NGANTCHA, и.о. Временного поверенного, Постоянное представительство, Женева

ЧИЛИ

Г-н J. MARTABIT, посол, Постоянный представитель, Женева

Д-р O. SALGADO, Руководитель Управления по сотрудничеству и международным вопросам, Министерство общественного здравоохранения, Сантьяго

Г-н B. DEL PICÓ, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

КИТАЙ

Д-р REN Minghui, заместитель Генерального директора, Департамент международного сотрудничества, Министерство здравоохранения, Пекин

Д-р DING Baoguo, заместитель Директора Отдела, Департамент международного сотрудничества, Министерство здравоохранения, Пекин

КОТ-Д'ИВУАР

Г-н R. ALLAN KOUADIO, Министр здравоохранения и санитарии, Абиджан

Г-жа C. ADJOBI NEBOUT, Министр по борьбе против СПИДа, Абиджан

Г-н M. KOFFI N'GUESSAN, Генеральный директор по вопросам здравоохранения, Абиджан

Г-н J. BAMBA LANCINE, Руководитель Протокольного отдела, Министерство здравоохранения и санитарии, Абиджан

Г-н B.N. N'GUESSAN, советник, Постоянное представительство, Женева

Г-н F. KACOU, ответственный сотрудник, Министерство здравоохранения и санитарии, Абиджан

КОРЕЙСКАЯ НАРОДНО-ДЕМОКРАТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Г-н RI TCHEUL, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-н KIM YUN HUM, Национальный координатор по связям с ВОЗ, Отдел международных связей, Министерство иностранных дел, Пхеньян

Г-н PAK JONG MIN, Директор Отдела внешних связей, Министерство общественного здравоохранения, Пхеньян

Г-н JANG IL HUN, советник, Постоянное представительство, Женева

ДАНИЯ

Д-р J.K. GØTRIK, Руководитель медицинских служб, Национальный совет по здравоохранению, Копенгаген

Г-н M. JØRGENSEN, Руководитель Отдела, Министерство внутренних дел и здравоохранения, Копенгаген

ДЖИБУТИ

Г-н A.A. MIGUIL, Министр здравоохранения, Джибути

Г-жа B.M. AHMED, Руководитель службы подготовки кадров, Министерство здравоохранения, Джибути

ДОМИНИКАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Г-жа M. BELLO DE KEMPER, советник, Постоянное представительство, Женева

ЕГИПЕТ

Д-р A.R. SHAHEEN, советник при Министре здравоохранения и народонаселения, Каир

Д-р M. GAD, советник по вопросам международного сотрудничества при Министре здравоохранения и народонаселения, Каир

Г-н T. KHALLAF, третий секретарь, Постоянное представительство, Женева

ЭРИТРЕЯ

Г-н E. ANDOM, Директор Отдела мониторинга и оценки, Министерство здравоохранения, Асмара

ЭФИОПИЯ

Г-н T.A. GHEBREYESUS, Министр здравоохранения, Адис-Абеба

Г-жа S. AMIN, третий секретарь, Постоянное представительство, Женева

ФИНЛЯНДИЯ

Г-жа L. OLLILA, советник, Министерство социального обеспечения и здравоохранения, Хельсинки

ГАБОН

Г-н M.E. NDOUTOUMOU, Генеральный директор, Отдел кадровых ресурсов и общих средств, Министерство здравоохранения, Либревиль

ГЕРМАНИЯ

Г-н U. SCHOLTEN, заместитель Генерального директора по вопросам европейского и международного здравоохранения, Федеральное министерство здравоохранения, Бонн

Д-р А. BRANDRUP-LUKANOW, Директор Отдела по вопросам здравоохранения, образования и социальной защиты, Германское агентство по техническому сотрудничеству (GTZ), Эшборн

ГРЕЦИЯ

Г-н А. CAMBITISIS, советник-посланник, Постоянное представительство, Женева

ГВИНЕЯ

Д-р М. SAMARA, Генеральный секретарь, Министерство общественного здравоохранения, Конакри

Д-р М'В. DIAKHABY, советник, Департамент по сотрудничеству, Министерство общественного здравоохранения, Конакри

Д-р М.М. BARRY, Национальный директор по вопросам общественного здравоохранения, Конакри

ВЕНГРИЯ

Г-н G. SZELEI KISS, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-н В. RÁTKAI, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

ИНДИЯ

Г-н R. BHUSHAN, Директор, Министерство здравоохранения и благосостояния семьи, Нью-Дели

ИРАН (ИСЛАМСКАЯ РЕСПУБЛИКА)

Д-р В. SADRIZADEH, советник при Министре по вопросам здравоохранения и международных связей, Министерство здравоохранения и медицинского образования, Тегеран

ИРЛАНДИЯ

Д-р J. KIELY, Руководитель медицинских служб, Департамент здравоохранения и охраны детей, Дублин

ИТАЛИЯ

Д-р F. CICOGNA, Директор Управления международных связей, Министерство здравоохранения, Рим

Г-жа L. FIORI, посол, Постоянный представитель, Женева

Д-р G. MAJORI, Директор лаборатории паразитологии, Высший институт здравоохранения, Рим

Г-жа M.P. RIZZO, Директор Управления по сотрудничеству в целях развития, Министерство иностранных дел, Рим

Д-р L. PECORARO, Институт гигиены и общественного здравоохранения, Рим

ИОРДАНИЯ

Д-р S. KHARABSEH, генеральный секретарь, Министерство здравоохранения, Амман
Д-р M. BURAYZAT, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-н M. QASEM, Директор Отдела международных отношений и связей с общественностью,
Министерство здравоохранения, Амман
Г-н H. AL HUSSEINI, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

ЛАОССКАЯ НАРОДНО-ДЕМОКРАТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Д-р PONMEK DALALOY, Министр общественного здравоохранения, Вьентьян
Д-р N. BOUTTA, заместитель Директора Кабинета, Министерство общественного
здравоохранения, Вьентьян
Д-р C. PHOXAY, заместитель Руководителя секретариата, Министерство общественного
здравоохранения, Вьентьян

ЛИТВА

Г-жа R. BARANAUSKIENĖ, государственный секретарь, Министерство здравоохранения,
Вильнюс
Д-р V. GRABAUSKAS, советник, Каунасский медицинский университет, Каунас
Г-жа R. KAZRAGIENĖ, советник-посланник, Постоянное представительство, Женева
Г-н V. MEIŽIS, Директор Отдела международных связей и европейской интеграции,
Министерство здравоохранения, Вильнюс

МАЛАВИ

Д-р H. NTABA, Министр здравоохранения, Лилонгве

МАЛИ

Д-р M. TRAORE, Директор национального управления здравоохранения, Бамако

МОНАКО

Г-жа C. LANTERI, заместитель Постоянного представителя, Женева

МОЗАМБИК

Профессор P.I. GARRIDO, Министр здравоохранения, Мапуту
Д-р G.J. MACHATINE, Национальный директор по вопросам планирования и сотрудничества,
Министерство здравоохранения, Мапуту

НИДЕРЛАНДЫ

Г-н H. VAN DER HOEVEN, сотрудник Департамента по связям с Организацией Объединенных
Наций и международными финансовыми учреждениями, Министерство иностранных дел,
Гаага
Г-н L. VAN DER HEIDEN, Координатор по глобальным вопросам здравоохранения,
Управление внешних связей, Министерство здравоохранения, социального обеспечения и
спорта, Гаага

НОВАЯ ЗЕЛАНДИЯ

Г-н P. HODGSON, Министр здравоохранения, Веллингтон

Д-р D. MATHESON, заместитель Генерального директора по вопросам общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения, Веллингтон

Г-н N. KIDDLE, заместитель Постоянного представителя, Женева

Д-р A. BLOOMFIELD, старший советник по вопросам общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения, Веллингтон

НИГЕРИЯ

Профессор E. LAMBO, Министр здравоохранения, Абуджа

Г-н B.B. OLOWODOLA, специальный помощник Министра здравоохранения, Абуджа

НОРВЕГИЯ

Г-жа R. AASRUD, государственный секретарь, Министерство здравоохранения и служб помощи, Осло

Г-н W.Chr. STRØMMEN, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-н B.I. LARSEN, Генеральный директор, Норвежский директорат здравоохранения и социального обеспечения, Осло

Г-жа T. ROSCHER NIELSEN, Генеральный директор, Министерство здравоохранения и служб помощи, Осло

Г-н S.-I. NESVÅG, советник, Министерство иностранных дел, Осло

Г-н T. URFJELL, советник по политическим вопросам, Министерство иностранных дел, Осло

Г-жа T. KONGSVIK, советник, Постоянное представительство, Женева

ОМАН

Д-р A.J. MOHAMMAD, Министерство здравоохранения, Маскат

ПЕРУ

Д-р P. MAZZETTI SOLER, Министр здравоохранения, Лима

Г-жа E. BERAÚN, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

Г-н A. NEYRA, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

РЕСПУБЛИКА КОРЕЯ

Г-н LEE Jae-yong, Директор, Отдел международного сотрудничества, Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Сеул

Г-н HUR Young-joо, Директор, Служба расследования эпидемий, Корейский центр борьбы с болезнями и их профилактики, Сеул

Г-жа KIM Sun-young, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

Д-р CHO Do-yeon, Директор, Корейский международный фонд здравоохранения и развития, Сеул

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Г-н В.В. ЛОЩИНIN, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-н О.П. ЧЕСТНОВ, заместитель Директора, Департамент по международному сотрудничеству и связям с общественностью, Министерство здравоохранения и социального развития, Москва

Г-н В.М. ЗИМЯНИН, старший советник, Постоянное представительство, Женева

Д-р А.В. ПАВЛОВ, советник, Постоянное представительство, Женева

СИНГАПУР

Д-р В. SADASIVAN, старший государственный Министр (по вопросам здравоохранения), Сингапур

Г-н В. GAFOOR, посол, Постоянный представитель, Женева

Д-р CHEW SUOK KAI, заместитель Директора медицинских служб (эпидемиология и борьба с болезнями), Министерство здравоохранения, Сингапур

Г-жа J. TAN, заместитель Директора, Отдел международного сотрудничества, Министерство здравоохранения, Сингапур

Г-жа F. GAN, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

ЮЖНАЯ АФРИКА

Д-р M.E. TSHABALALA-MSIMANG, Министр здравоохранения, Претория

Г-н T. MSELEKU, Генеральный директор, Министерство здравоохранения, Претория

Г-жа D. MAFUBELU, советник (по вопросам здравоохранения), Постоянное представительство, Женева

ИСПАНИЯ

Г-н G. LÓPEZ MAC-LELLAN, советник, Постоянное представительство, Женева

Г-жа M.L. GARCIA TUÑÓN, советник по техническим вопросам, Отдел международных связей, Министерство здравоохранения и потребления, Мадрид

ШВЕЦИЯ

Г-н M. JOHANSSON, Министр общественного здравоохранения и социальных служб, Стокгольм

Г-жа E. BORSIIN BONNIER, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-жа H. PEDERSEN, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

Г-н F. LENNARTSSON, Директор, Министерство здравоохранения и социальных служб, Стокгольм

ШВЕЙЦАРИЯ

Г-н T. ZELTNER, Директор, Федеральное бюро общественного здравоохранения, Федеральный департамент внутренних дел, Берн

Г-н G. SILBERSCHMIDT, заместитель Директора, Заведующий Отделом внешних связей, Федеральное бюро общественного здравоохранения, Федеральный департамент внутренних дел, Берн

ТУНИС

Д-р Н. ABDESSALEM, Генеральный директор, Группа по техническому сотрудничеству,
Министерство общественного здравоохранения, Тунис

ТУРЦИЯ

Профессор S. AYDIN, заместитель Заместителя министра, Министерство здравоохранения,
Анкара

Г-н Н. KIVANÇ, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

Г-н V.E. ETENSEL, советник, Постоянное представительство, Женева

Д-р E.E. BOR, Генеральный директор медицинского образования, Министерство
здравоохранения, Анкара

СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО ВЕЛИКОБРИТАНИИ И СЕВЕРНОЙ ИРЛАНДИИ

Г-н Liam DONALDSON, Руководитель служб, Департамент здравоохранения, Лондон

Д-р D. HARPER, Директор Отдела охраны здоровья и международного здравоохранения,
Департамент здравоохранения, Лондон

Г-н T. KINGHAM, Заведующий Отделом глобального здравоохранения, Департамент
здравоохранения, Лондон

Г-н S. TYSON, Заведующий Отделом профессиональной гигиены, Департамент
международного развития, Лондон

Г-н N. THORNE, посол, Постоянный представитель, Женева

Д-р C. PRESERN, советник, Постоянное представительство, Женева

Г-жа C. KITSELL, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

Г-н N. BOYD, Заведующий Отделом международных связей, Департамент здравоохранения,
Лондон

Профессор C. BEASLEY, Руководитель медсестринских служб, Департамент здравоохранения,
Лондон

Профессор A. MASLIN, сотрудник по международным связям в области медсестринского и
акушерского дела, Департамент здравоохранения, Лондон

Г-жа L. DEMMING, Главный администратор, Департамент здравоохранения, Лондон

Г-жа A. AKINFOLAJIMI, заместитель Администратора по международным вопросам,
Департамент здравоохранения, Лондон

Г-н A. JENNER, старший консультант по вопросам политики, Управление по интеллектуальной
собственности и инновациям, Патентное бюро Соединенного Королевства, Лондон

Г-жа S. BALDWIN, заместитель Руководителя Отдела по связям с Организацией
Объединенных Наций и странами содружества, Департамент международного развития,
Лондон

Г-жа C. JOLLY, помощник сотрудника по Программам, Отдел по связям с Организацией
Объединенных Наций и странами содружества, Департамент международного
сотрудничества, Лондон

Г-жа L. KIDD, Заведующая Отделом международных кадров, Департамент здравоохранения,
Лондон

Г-н Nigel CRISP, специальный советник Правительства, Лондон

Г-н S. ROBBINS, консультант по вопросам здравоохранения, Департамент здравоохранения,
Лондон

Г-н J. WORLEY, Руководитель Группы по репродуктивному здоровью и здоровью детей,
Департамент международного развития, Лондон

Г-жа P. TARIF, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

Г-н J. METCALFE, заместитель Постоянного представителя, Женева
Г-н R. DIXON, пресс-секретарь, Постоянное представительство, Женева
Г-жа H. THOMAS, атташе, Постоянное представительство, Женева
Г-жа S. CHUBBS, атташе, Постоянное представительство, Женева
Г-н V. GREEN, администратор Отдела по связям с Организацией Объединенных Наций и странами содружества, Департамент международного развития, Лондон

ОБЪЕДИНЕННАЯ РЕСПУБЛИКА ТАНЗАНИЯ

Профессор D.H. MWAKYUSA, Министр здравоохранения и социального благосостояния,
Дар-эс-Салам
Г-н M.Y. LUMBANGA, посол, Постоянный представитель, Женева

СОЕДИНЕННЫЕ ШТАТЫ АМЕРИКИ

Д-р W.R. STEIGER, Специальный помощник Секретаря по вопросам здравоохранения,
Департамент здравоохранения и социальных служб, Вашингтон, О.К.
Г-жа A. BLACKWOOD, Директор программ в области здравоохранения, Бюро по делам
международных организаций, Государственный департамент, Вашингтон, О.К.
Г-жа M.L. VALDEZ, заместитель Директора по вопросам политики, Департамент
здравоохранения и социальных служб, Вашингтон, О.К.
Г-н D.E. HOHMAN, атташе по вопросам здравоохранения, Постоянное представительство,
Женева

ВЕНЕСУЭЛА (БОЛИВАРСКАЯ РЕСПУБЛИКА)

Г-жа R. POITEVIEN CABRAL, посол, и.о. Временного поверенного в делах, Женева
Г-жа R. MATA, Генеральный директор, Бюро по техническому сотрудничеству и
международным связям, Министерство здравоохранения, Каракас
Г-н E. BITETTO GAVILANES, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева
Д-р L.A. LIRA OCHOA, Генеральный координатор Проекта "Здоровье", Министерство
здравоохранения, Каракас
Д-р R. PADILLA, Национальный координатор Плана по птичьему гриппу, Министерство
здравоохранения, Каракас
Г-н O. LUCES BRICEÑO, политолог, Бюро по техническому сотрудничеству и международным
связям, Министерство здравоохранения, Каракас
Г-н J. ARIAS, советник по вопросам политики, Постоянное представительство, Женева

ЗАМБИЯ

Г-н C.S. KAZENENE, заместитель Министра здравоохранения, Лусака
Д-р V.U. CHIRWA, Генеральный директор, Национальный совет по борьбе против СПИДа,
Лусака
Г-жа M.N.B. KAPHYA, Директор Отдела кадровых ресурсов и администрации, Министерство
здравоохранения, Лусака
Г-жа D.S. MWEWA, Главный аналитик по вопросам политики (сестринское дело),
Министерство здравоохранения, Лусака
Г-жа F. KONDOLO, сотрудник по вопросам кадровых ресурсов и их развития, Министерство
здравоохранения, Лусака
Г-н A.K. ZULU, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

ЗИМБАБВЕ

Д-р P.D. PARIRENYATWA, Министр здравоохранения и благосостояния детей, Хараре
Д-р E.T. MABIZA, секретарь по вопросам здравоохранения и благосостояния детей, Хараре
Г-н R. CHIBUWE, советник, Постоянное представительство, Женева

НАБЛЮДАТЕЛЬ ОТ ГОСУДАРСТВА, НЕ ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ ЧЛЕНОМ ВОЗ**СВЯТОЙ ПРЕСТОЛ**

Д-р G. RIZZARDINI, эксперт

ПРЕДСТАВИТЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ И СВЯЗАННЫХ С НЕЙ ОРГАНИЗАЦИЙ**Фонд Организации Объединенных Наций по народонаселению**

Г-жа S. TELLIER, Директор, Бюро ЮНФПА в Женеве

Г-жа S. HAMID, сотрудник по внешним связям, Бюро ЮНФПА в Женеве

ПРЕДСТАВИТЕЛИ ДРУГИХ МЕЖПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ**Лига арабских государств**

Г-н S. ALFARARGI, посол, Постоянный наблюдатель, Женева

Г-н Y. TILIOUANT, первый атташе, Постоянное представительство, Женева

Д-р O. EL HAJJE, сотрудник, Постоянное представительство, Женева

Г-н S. AEID, сотрудник, Постоянное представительство, Женева

Европейская комиссия

Г-н N. FANU, заместитель Руководителя Отдела, Генеральное управление по вопросам здравоохранения и защиты потребителей, Брюссель

ПРЕДСТАВИТЕЛИ НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, СОСТОЯЩИХ В ОФИЦИАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЯХ С ВОЗ**Глобальный форум по научным исследованиям в области здравоохранения**

Профессор S.A. MATLIN

Д-р A. DE FRANCISCO

Международное агентство по предупреждению слепоты

Д-р N. ALAMUDDIN

Международный совет медсестер

Д-р J.A. OULTON

Международная федерация женщин деловых и свободных профессий

Г-жа M. GERBER

Г-жа G. GONZENBACH

Международная фармацевтическая федерация

Г-н T. HOEK

Г-н CHAN XUAN HAO

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ

СПЕЦИАЛЬНАЯ СЕССИЯ

Вторник 23 мая 2006 г., 18 ч. 15 м.

Председатель: г-н М.Н. КХАН (Пакистан)

1. ДАТЬ ПАМЯТИ ПОКОЙНОМУ ГЕНЕРАЛЬНОМУ ДИРЕКТОРУ Д-РУ ЛИ ЧОН-ВУКУ

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ, отдавая дань памяти покойному Генеральному директору, говорит, что д-р Ли Чон-вук сделал огромный и динамичный вклад не только в ВОЗ, но и для бедных людей в Африке, Латинской Америке, Азии и Юго-Восточной Азии. Он был выдающейся личностью, обладал исключительными человеческими качествами, был простым человеком с твердым характером и чувством достоинства, всегда стремился поддержать правое дело. От имени Исполнительного комитета выступающий выражает соболезнования всем тем, кто близко знал д-ра Ли, и надежду на то, что Бог даст им силу пережить эту невосполнимую утрату.

Выступающий предлагает членам Исполкома и всем присутствующим почтить память д-ра Ли минутой молчания.

Все присутствующие в зале заседаний Исполкома соблюдают минуту молчания.

2. ОТКРЫТИЕ СЕССИИ И УТВЕРЖДЕНИЕ ПОВЕСТКИ ДНЯ: пункт 1 предварительной повестки дня (документ EBSS/1)

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что повесткой дня сегодня является ситуация, возникшая в результате трагической смерти д-ра Ли, а также назначение исполняющего обязанности Генерального директора и утверждение Исполкомом, который несет ответственность за обеспечение плавного перехода и непрерывности деятельности транспарентным, справедливым, юридически оправданным и соответствующим Уставу образом. Как Председатель он будет беспристрастным и будет руководствоваться коллективным разумом Исполкома, а также уставными и юридическими требованиями.

Повестка дня утверждается¹.

¹ См. стр. 7.

3. ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР ВОЗ: пункт 2 предварительной повестки дня (документ EBSS/2)

Обратив внимание на Статью 113 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения, которая предусматривает, что в нынешних обстоятельствах "старший по должности сотрудник Секретариата выступает в качестве исполняющего обязанности Генерального директора до принятия Исполкомом какого-либо решения", ПРЕДСЕДАТЕЛЬ предлагает Секретариату дать полный отчет о последней информации и процедурах, принятых в этом отношении.

Г-н BURCI (юрисконсульт) говорит, что 14 ноября 2003 г. покойный Генеральный директор в консультации с прежним юрисконсультом подписали меморандум, адресованный Директору-управляющему кадровыми ресурсами. В этом отношении д-р Ли следовал практике своего предшественника. В меморандуме он назначил д-ра Nordström заместителем Генерального директора с немедленным вступлением в силу, указав в то же время, что он будет выполнять соответствующие функции только в том случае, если д-р Ли не сможет выполнять свои должностные обязанности или же если его должность станет вакантной до истечения его срока службы; в таком случае функции заместителя Генерального директора будет выполнять д-р Nordström. В соответствии со Статьей 113 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения, он будет также являться исполняющим обязанности Генерального директора до тех пор, пока д-р Ли не сможет вновь выполнять функции Генерального директора или до тех пор, пока Исполнительный комитет не решит, что исполняющим обязанности Генерального директора будет другое лицо, или же пока его преемник не вступит в должность после назначения Ассамблеей здравоохранения, в зависимости от того, какое из этих событий наступит первым.

По просьбе д-ра Ли этот меморандум оставался конфиденциальным с указанием открыть его только в том случае, если возникнет одна из ситуаций, предусмотренных в Статье 113. Д-р Ли заболел в субботу 20 мая, и утром в понедельник, 22 мая директор медицинской службы ВОЗ направил меморандум д-ру Кеап, Исполнительному директору Канцелярии Генерального директора, проинформировав его о том, что д-р Ли остается в больнице в тяжелом состоянии и что, по мнению Исполнительного директора, он не сможет выполнять свои функции в течение неопределенного периода. Этот меморандум был зачитан д-ром Кеап на совещании старших руководителей ВОЗ в 8 ч. 00 м. в понедельник, 2 мая. На этом совещании выступающий в качестве юрисконсульта высказал свое мнение о том, что ситуация, предусмотренная в Статье 113, к сожалению, стала реальностью. Далее выступающий поясняет, что Генеральный директор сделал уведомление, в котором рассматривалась такая возможность, и зачитывает меморандум от 14 ноября 2003 года. Затем наступила смерть д-ра Ли, сообщение о которой было сделано во время открытия Ассамблеи здравоохранения.

Что касается правовой основы, то Статья 113 является отправной точкой, так как она устанавливает автоматический механизм, дающий возможность старшему по должности сотруднику Секретариата немедленно стать исполняющим обязанности Генерального директора в случае смерти или нетрудоспособности Генерального директора и позволяет тем самым избежать любого вакуума и неопределенности. Она объективно оставляет за Исполнительным комитетом право принять иное решение. Согласно Уставу, в частности в соответствии со Статьями 31 и 35, Генеральный директор является главным техническим и административным должностным лицом ВОЗ. Кроме того, пункт 4.1 Положений о персонале дает Генеральному директору широкое полномочие назначать сотрудников, руководствуясь интересами Организации.

Это сочетание положений Устава и пункта 4.1 Положений о персонале, по мнению выступающего, подтверждает полномочие Генерального директора назначать сотрудников, в том числе заместителя Генерального директора. Несмотря на то, что после пребывания в должности д-ра Накадзими, должность заместителя Генерального директора не была указана в

таблице укомплектования штатами, это не является препятствием для полномочий Генерального директора, который, следовательно, имел право назначить заместителя без утверждения или подтверждения руководящими органами.

Термин "старший по должности сотрудник Секретариата" преднамеренно является широким и означает лицо наивысшего ранга, определяемого занимаемой должностью и продолжительностью службы. Заместитель Генерального директора всегда указывается первым после Генерального директора в любом перечислении сотрудников в Положениях о персонале и Правилах о персонале, в которых, кроме того, предусматривается только один заместитель Генерального директора, в отличие от нескольких помощников Генерального директора и директоров региональных бюро. Кроме того, при д-ре Накадзиме и предыдущих генеральных директорах заместитель Генерального директора классифицировался наравне с заместителем Генерального Секретаря Организации Объединенных Наций. Все это дает основание сделать вывод о том, что заместитель Генерального директора является самым старшим по должности сотрудником Секретариата.

В отношении возможного процесса назначения будущего Генерального директора выступающий отмечает, что Статья 109 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения является уместной и должна читаться одновременно со Статьей 52 Правил процедуры Исполнительного комитета. Однако в чрезвычайных обстоятельствах эти две статьи недостаточно совместимы. Статья 109 была сформулирована задолго до Статьи 52 и не предусматривает никаких конечных сроков для предоставления кандидатур, тогда как в Статье 52 установлено несколько конечных сроков до открытия сессии Исполкома, предназначенной для выдвижения кандидатуры на пост Генерального директора. Допустив определенную гибкость, можно читать эти две статьи вместе. Или же Исполком может согласиться временно приостановить действие Статьи 52 и принять специальное решение для охвата нынешней ситуации и ускорить процесс выдвижения кандидатуры и назначения Генерального директора. Исполкому, возможно, необходимо будет сделать соответствующие рекомендации по этому вопросу для Ассамблеи здравоохранения.

Д-р NORDSTRÖM (помощник Генерального директора) подтверждает, что в ноябре 2003 г. д-р Ли спросил его, сможет ли он взять на себя рассматриваемые функции. Выступающий никогда не видел этого меморандума и был лишь информирован о его содержании. Это было для него высокой честью, и он принял это предложение. Таковым было желание д-ра Ли, и он мог только выполнить его. Естественно, именно Исполком должен рассмотреть этот вопрос и принять решение, в соответствии со Статьей 113. Выступающий готов организовать переходный период, который должен быть кратким и плавным, но у него нет никаких намерений выставить свою кандидатуру на пост Генерального директора.

Д-р WINT (Ямайка) выражает мнение, что в соответствии с необходимостью плавного перехода и непрерывности предпочтительно ускорить этот процесс и не ожидать еще год до того момента, когда будет новый Генеральный директор.

Д-р ANTEZANA ARANÍBAR (Боливия) говорит, что главным предметом его беспокойства является то, как заполнить разрыв, образовавшийся в среднесрочном и долгосрочном плане в результате безвременной кончины д-ра Ли. Хотя выступающий и имел опасения относительно некоторых недостатков в представленных текстах и не имел ясности относительно того, произошло или нет "немедленное вступление в силу", указанное д-ром Ли в своем меморандуме от ноября 2003 г., выступающий считает необходимым продолжать движение вперед и сделать переходный период как можно более коротким. Выразив признательность д-ру Nordström за заявление о том, что он не будет кандидатом, выступающий предлагает Исполкому рассмотреть фундаментальный вопрос обо всем процессе назначения Генерального директора и обеспечить руководство для будущего обсуждения этого вопроса Исполнительным комитетом.

Г-н GUNNARSSON (Исландия) говорит, что для ВОЗ важно проявить силу и действовать единым фронтом и сделать это надлежащим образом. Она должна, в частности, строго следовать необходимым юридическим процедурам. Юрисконсульт и другие ораторы упомянули необходимость как можно более сократить переходный период. Какие действия могут быть предприняты немедленно на данной специальной сессии для этой цели, учитывая, что в обычных обстоятельствах процедура выборов занимает около года?

Д-р GWENIGALE (Либерия) спрашивает, считаются ли директора региональных бюро частью Секретариата и, если считаются, является ли выбор д-ром Ли старшего по должности сотрудника соответствующим духу Статьи 13 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения. Из объяснений Секретариата не ясно, был ли открыт конверт до смерти д-ра Ли или после нее, и выступающий просит уточнить этот момент.

Д-р RASHED (Ливийская Арабская Джамахирия) говорит, что у него есть оговорки относительно этого меморандума и он желает знать, почему в отношении должности заместителя Генерального директора Исполком столь длительное время оставался в неведении относительно ее существования. Переходный период начался с момента смерти д-ра Ли и, учитывая содержание меморандума, Исполком должен был выполнить свою обязанность и принять надлежащее решение. В дальнейшем промедления нет необходимости.

Д-р HAFFADH (Бахрейн) говорит, что она удивлена и поражена степенью конфиденциальности, которая окружает вопрос назначения заместителя Генерального директора. Хотя юрисконсульт и объяснил, что Генеральный директор имел право назначать сотрудников, выступающая полагает, что должны существовать определенные причины для этого решения и для сохранения его в тайне. Кроме того, Исполкому следовало провести совещание накануне для обсуждения этого вопроса, так как все его члены находятся в Женеве. Из текста различных правил и положений не ясно различие между должностными лицами и старшими по должности сотрудниками; безусловно, эта ситуация выявила недостатки в некоторых основных текстах, правилах, положениях и процедурах, которые следует рассмотреть и ликвидировать.

Д-р BOTROS SHOKAI (Судан) говорит, что для обеспечения плавного перехода Исполкому при выполнении своих обязанностей перед ВОЗ следует отделить эмоции от обязанностей. Как сказал член Исполкома от Исландии, Исполкому необходимо оставаться единым и быстро двигаться вперед; неспособность сделать это окажет отрицательное воздействие на работу Организации. Вместе с тем, любые действия, предпринятые Исполкомом, должны соответствовать Уставу.

Выступающая просит дать определение понятия "старшего по должности сотрудника" и спрашивает, где хранился меморандум после ноября 2003 г., кто знал о нем и было ли какое-либо указание о том, какое лицо должно присутствовать при вскрытии конверта с меморандумом.

Д-р BRUNET (Франция) говорит, что он убежден в том, что покойный Генеральный директор действовал в интересах Организации и в соответствии с ее правилами и положениями, которые он обязан был соблюдать, так же как и Исполком. Поэтому членам Исполкома следует выполнить принятое им решение, чтобы обеспечить отсутствие вакуума власти в Организации и, следовательно, ее стабильность. Одной из основных обязанностей Исполкома является обеспечение непрерывности деятельности Организации посредством быстрого и эффективного продвижения к выборам нового Генерального директора в наилучших возможных условиях. Он обязан также внести исправления в правила, с тем чтобы они были лучше подготовлены к ситуациям в будущем. Выступающий полностью одобряет предложение члена Исполкома от Исландии о том, что Исполкому следует использовать

нынешнее совещание для достижения как можно большего прогресса в изучении процедуры раннего выбора. Поскольку Исполком будет иметь следующую возможность на своей Сто восемнадцатой сессии, которая состоится на будущей неделе, работать вместе над поиском наилучшего варианта, скорейшее решение является возможным.

Д-р TANGI (Тонга) говорит, что объяснения юрисконсульта выявили недостатки в правилах, положениях и процедурах, а также в самом меморандуме. Термин "заместитель Генерального директора" упоминается в Положениях о персонале всего лишь три раза: в связи с клятвой, окладами и соответствующими выплатами и продолжительностью назначения, однако нет никакого упоминания о методе и виде назначения и следует как можно быстрее исправить эту ситуацию. Меморандум, который находится на рассмотрении Исполкома, без сомнения, был подписан в надежде на то, что это послужит интересам Организации. Поэтому его можно рассматривать как последнюю волю столь уважаемого человека. Несмотря на некоторые несоответствия и недостатки, выступающий без сомнений и с удовлетворением был бы рад выполнить эту волю как дань памяти, если Исполком пожелает одобрить этот документ.

Выступающий не видит причин, почему нельзя согласовать Статью 109 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения и Статью 52 Правил процедуры Исполнительного комитета, так как первая дает Исполкому полномочие назначить Генерального директора, а вторая указывает, как выполнить это полномочие. На своей Сто восемнадцатой сессии Исполком может установить процедуру дальнейших действий и завершить ее в пределах шести месяцев путем созыва специальной сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в январе 2007 г. для выбора нового Генерального директора, на что он имеет полномочия согласно Статье 13 Устава.

Г-н AL-SHIBIB (Ирак) говорит, что единый Исполком, без сомнения, может найти быстрое и транспарентное решение. Выступающий был удивлен этим меморандумом, который, по его мнению, не является назначением и создал неудобства в результате завесы тайны, которая его окружала с ноября 2003 года.

Д-р JEAN LOUIS (Мадагаскар) говорит, что он предпочитает принять меморандум согласно последней воле Генерального директора. Заявление д-ра Nordström не было пристрастным. Поэтому после нынешней специальной сессии должен быть переходный период для выборов нового Генерального директора.

Д-р GWENIGALE (Либерия) говорит, что никто не должен интерпретировать любые сомнения в отношении выбора д-ром Ли заместителя Генерального директора как признак неуважения. Намерение состоит исключительно в том, чтобы обеспечить проведение этой процедуры транспарентным образом и с должным соблюдением всех норм. Учитывая тот факт, что в Статье 113 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения четко указывается, что старший по должности сотрудник Секретариата действует в качестве исполняющего обязанности Генерального директора, необходимо четко признать, что во время назначения д-ра Nordström никто другой не отвечал этому критерию. В будущем целесообразно назначить заместителя Генерального директора, с тем чтобы избежать повторного возникновения подобной ситуации.

Профессор PEREIRA MIGUEL (Португалия) соглашается с необходимостью плавного перехода, с тем чтобы не нанести ущерб репутации, стабильности и единству Организации. Поэтому он высказывается в пользу признания решения д-ра Ли в отношении назначения д-ра Nordström, особенно в связи с тем, что это продемонстрирует также уважение Исполкома к памяти и полномочиям покойного Генерального директора. Для ускорения процесса назначения нового Генерального директора Исполком может решить начать этот процесс на Сто восемнадцатой сессии. Вместе с тем, неразумно слишком спешить.

Г-н SHIRALIYEV (Азербайджан) говорит, что назначив д-ра Nordström заместителем Генерального директора, д-р Ли явно признал его в качестве старшего по должности сотрудника в соответствии со Статьей 113. Однако выступающий соглашается с предыдущими ораторами в том, что на будущее целесообразно открыто объявить о назначении старшего по должности сотрудника Секретариата, с тем чтобы при возникновении непредвиденных обстоятельств это лицо могло немедленно приступить к выполнению соответствующих функций. По мнению выступающего, слишком поспешный выбор преемника Генерального директора был бы неуважением к памяти покойного Генерального директора. Этот процесс должен быть проведен естественно, в соответствии с надлежащими правилами.

Д-р SINGAY (Бутан) присоединяется к замечаниям, сделанным ранее в отношении необходимости плавного и быстрого перехода и в отношении приемлемости д-ра Nordström в качестве исполняющего обязанности Генерального директора. Однако важно не терять из виду тот факт, что ВОЗ находится в периоде интенсивных организационных изменений, которые включают Одиннадцатую Общую программу работы, Среднесрочный стратегический план и Проект программного бюджета. Д-р Ли был бы разочарован, если бы начатые им разнообразные процессы реформ не были завершены. Поэтому Исполком и исполняющий обязанности Генерального директора обязаны работать вместе для успешного завершения многочисленных проектов.

Д-р HANSEN-KOENIG (Люксембург) также поддерживает замечания предыдущих ораторов о необходимости гармоничного переходного периода для избежания нарушения плавной работы Организации. У выступающей нет возражений против принятия выбора д-ром Ли своего преемника, так как это решение он, безусловно, считал лучше всего отвечающим интересам ВОЗ. Выступающая соглашается с членом Исполкома от Исландии в том, что процесс выборов следует провести быстро и в полном соответствии с необходимыми процедурами. Однако, если соответствующие статьи признаны недостаточно четкими, следует рассмотреть возможность их пересмотра.

Г-н SHUGART (Канада) говорит, что д-р Ли, хотя и был сильной личностью, не был сентиментален в своих взглядах на мир и потребности Организации. Поэтому он сосредоточился на выполнении обязанностей, связанных с должностью Генерального директора и преодолением рисков и проблем, с которыми сталкивается ВОЗ. Продолжающиеся жертвы в результате болезней, которые можно победить, но которые все же продолжают распространяться, так же как риски, присущие вновь возникающим инфекционным болезням, особенно птичьему гриппу, завладели его вниманием и почти наверняка истощили его энергию. Не может быть сомнений в том, что в обсуждаемом меморандуме он не нарушил беспрекословные полномочия Исполкома и Правила процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения. Исполкому необходимо попытаться последовать несентиментальному подходу д-ра Ли и признать, что первой задачей Исполкома является назначение преемника своевременным и надлежащим образом, обеспечивая в то же время стабильность и единство в течение переходного периода.

Д-р SÁ NOGUEIRA (Гвинея-Бисау) говорит, что исполняющий обязанности Генерального директора предложен, в соответствии со Статьей 113 и с учетом старшинства членов Секретариата. В Статье 109 четко описана процедура и сроки выборов следующего Генерального директора.

Д-р NYIKAL (Кения) выражает сомнение по поводу точного смысла меморандума д-ра Ли. По мнению выступающего, при назначении д-ра Nordström заместителем Генерального директора д-р Ли также поднял его на уровень старшего по должности сотрудника с обязанностью выполнять функции исполняющего обязанности Генерального

директора, если возникнет в этом необходимость. В то же время косвенно признается, что окончательное решение принадлежит Исполкому.

Несколько ораторов обратили внимание на желательность выполнить последнюю волю д-ра Ли. Нет никаких сомнений в том, что д-р Ли считал этот меморандум своей последней волей. Представляется вполне вероятным, что этот документ содержит не более чем исключительно практическую договоренность для охвата периода, когда он не мог выполнять свои функции и в то время, когда у Исполкома не было запланированных совещаний. Это является примером его оценки и лидерства и почти наверняка было предназначено для обеспечения плавного переходного периода. Однако если Исполком должен выполнить волю д-ра Ли и назначить д-ра Nordström в качестве исполняющего обязанности Генерального директора, неясно, станет ли д-р Nordström также заместителем Генерального директора, учитывая тот факт, что он заявил об отсутствии намерений претендовать на должность Генерального директора, и продолжит ли он выполнять эту роль после назначения следующего Генерального директора. Правила для назначения заместителя Генерального директора не являются полностью понятными и их следует пересмотреть. Выступающий присоединяется к другим ораторам в призыве к плавному и быстрому переходному процессу.

Г-н МНАІ (Румыния) говорит, что он согласен с объяснениями, данными юрисконсульту, и готов поддержать действия, указанные в меморандуме. Не может быть никаких сомнений в том, что д-р Ли всегда действовал в наилучших интересах Организации. Для поддержания непрерывности деятельности ВОЗ процесс назначения нового Генерального директора следует провести как можно быстрее при строгом соблюдении юридических требований.

Д-р BUSS (Бразилия) говорит, что он также предпочитает как можно более плавный переход, который менее всего нарушит работу Организации, учитывая многочисленные проблемы в области здравоохранения, которые ей предстоит решить. Поэтому выступающий поддерживает назначение исполняющего обязанности Генерального директора для выполнения функций Генерального директора во время короткого переходного периода, в течение которого следует осуществить поиск и оценку кандидатур на этот пост. По мнению выступающего, существуют две четкие стратегии назначения следующего Генерального директора. Исполком на своей Сто восемнадцатой сессии может пожелать начать процесс выдвижения кандидатур и выборов, с тем чтобы к его Сто девятнадцатой сессии в январе 2007 г. он смог предложить кандидатуру нового Генерального директора, который затем будет назначен на Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Или же Исполком на своей Сто восемнадцатой сессии может предпочесть сделать призыв к выдвижению кандидатур и решить созвать однодневную чрезвычайную сессию Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Д-р SUWIT WIBULPOLPRASERT (Таиланд) выражает признательность д-ру Nordström за то, что он согласился выполнять роль исполняющего обязанности Генерального директора, за созыв специальной сессии Исполнительного комитета и за решение не выдвигать свою кандидатуру на пост Генерального директора. Как представляется, все согласны с необходимостью быстрого и плавного переходного процесса, и выступающий надеется, что Секретариат сможет обеспечить руководство в отношении времени, которое это может потребовать. В интересах сохранения единства в ВОЗ выступающий призывает членов Исполкома воздержаться от дальнейших комментариев по содержанию меморандума д-ра Ли и решить пересмотреть Правила процедуры, чтобы предупредить возникновение подобных проблем в будущем.

Д-р VIT (Чешская Республика) присоединяется к другим ораторам в призыве к плавному переходу управлением Организацией. Следует как можно быстрее обратиться с призывом выдвигать кандидатуры на пост Генерального директора, но, тем не менее, этот процесс должен соответствовать Правилам процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения, в частности Статьям 16, 109, и 113.

Г-н MSELEKU (Южная Африка)¹ говорит, что важно обеспечить соблюдение должного процесса и принципов и что его замечания по вопросу, рассматриваемому Исполкомом, не умаляют высокого уважения, которое он испытывал по отношению к покойному Генеральному директору. Юридические советы могут варьироваться, но совершенно очевидно, что, подписав меморандум в 2003 г., д-р Ли не просто выполнил свою исполнительную функцию, сделав назначение сотрудника, так как соответствующее лицо должно было бы знать об условиях этого назначения и другие сотрудники Канцелярии Генерального директора должны были бы знать о старшинстве, установившемся для целей выполнения исполнительных функций, чего в действительности, по-видимому, не произошло. Кроме того, функции назначенного лица никогда не выполнялись в период после 2003 г., даже несмотря на то, что покойный Генеральный директор не всегда мог выполнять свои официальные функции, например, когда он был в отпуске или болен. Поэтому можно сделать вывод о том, что этот меморандум был составлен по совету юриста исключительно для цели определения старшинства иным образом, чем на основании продолжительности службы, с тем чтобы преодолеть чрезвычайную ситуацию, подобную той, которая сложилась в настоящее время. Покойный Генеральный директор тем самым пытался обеспечить механизм для осуществления Статьи 113 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения, назначив преемника, не нарушая при этом права Исполнительного комитета принять окончательное решение. Однако Статья 113 излагает автоматическую процедуру, предназначенную для вступления в силу в определенных обстоятельствах, а не механизм для использования лицом, занимающим пост Генерального директора. Она применялась бы, даже если не было бы никакого меморандума. Подвигаясь далее сбалансированным образом, Исполком должен применить принципы Статьи 113 и принять взвешенное решение по вопросу о старшинстве, а также по вопросу о том, целесообразно ли одобрить уже принятые меры. Такой подход не должен препятствовать плавному переходу в управлении Организацией.

Г-жа HALTON (Австралия) также благодарит Председателя за созыв специальной сессии Исполкома. Покойный Генеральный директор попытался принять меры для обеспечения продолжения ВОЗ ее усилий по улучшению здоровья в мире. Меморандум показывает, что он понимал уставную роль Исполнительного комитета, которая заключается в его обязанности принять решение в отношении того, как поступить наилучшим образом. Плавный переход имеет важное значение. Перед Исполкомом стоят две неотложные задачи. Первая состоит в поиске нового Генерального директора. Хотя и важно сделать это как можно быстрее, чрезвычайно важно найти человека, лучше всего подходящего для этой работы и выделить для этого необходимое время. Юрисконсульт мог бы обеспечить руководство в отношении того, как наилучшим образом достичь этого. Вместо того чтобы принимать поспешное решение в отношении процедуры на нынешней сессии, для Исполкома может быть более предпочтительным сразу же согласиться с тем, что будет сделано все необходимое для ускорения решения этого вопроса, и предложить подготовить документацию с детальным изложением имеющихся вариантов для тщательного рассмотрения Исполкомом на его предстоящей очередной сессии.

Второй задачей Исполкома является принятие решения о переходных мерах. Выступающая одобряет заявление д-ра Nordström о том, что он не предполагает выдвигать свою кандидатуру на пост Генерального директора, так как чрезвычайно важно сосредоточиться на среднесрочных и долгосрочных, а не на краткосрочных политических соображениях. Выступающая убеждена в том, что Исполком примет правильные решения посредством рассмотрения того, что является наилучшим для ВОЗ в целях перехода и, следовательно, для здоровья во всем мире, в соответствии с Правилами процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения. Хотя меры, принятые покойным Генеральным директором, могут

¹ Принимает участие на основании Статьи 3 Правил процедуры Исполнительного комитета.

показаться неожиданными, выступающая одобряет их, так как покойный Генеральный директор, не являясь сентиментальным человеком, безусловно, был осторожным и продумал этот вопрос.

События показали, что целесообразно также в надлежащее время пересмотреть Правила процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения и Исполнительного комитета.

Г-н R.M. SINGH (Непал) подчеркивает значение разумного и осторожного подхода со стороны Исполкома; он должен принять справедливое, рациональное и приемлемое решение, которое обеспечит плавный переход и непрерывность деятельности ВОЗ. Выступающий соглашается с тем, что в должное время Правила процедуры должны быть пересмотрены, чтобы предотвратить проблемы при возникновении таких чрезвычайных обстоятельств в будущем.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что несколько ораторов упомянули меморандум, подписанный покойным Генеральным директором, как его последнюю волю. Однако его не следует рассматривать в этом качестве, так как изложенные условия предполагали возможность того, что он может вернуться к исполнению своих обязанностей. Исполком обязан принять рациональное решение, в соответствии со Статьей 113 Правил процедуры Ассамблеи здравоохранения и с учетом этого меморандума.

Выступающий, после того как он узнал о смерти Генерального директора, принял меры для организации совещания с покидающим свой пост Председателем Всемирной ассамблеи здравоохранения для рассмотрения Статьи 113 и предложения о немедленном созыве специальной сессии Исполнительного комитета. Предложение о созыве специальной сессии было встречено с некоторым сопротивлением, учитывая материально-технические соображения, близость Сто восемнадцатой сессии Исполкома (начинающейся 29 мая 2006 г.), на которой состав Исполкома должен был быть изменен, а также мнение о том, что Исполкому следует просто поддержать меры, предложенные в меморандуме. Выступающий настоял на том, что Исполком обязан принять решение и сделать это как можно быстрее и что, поскольку все нынешние члены Исполкома присутствуют, сессию следует созвать немедленно.

Д-р SHANGULA (Намибия) говорит, что полезно было бы услышать ответы на различные вопросы, заданные членами Исполкома, с тем чтобы уточнить нынешнюю позицию и помочь Исполкому достичь единственной цели его специальной сессии, а именно найти решение в отношении поста Генерального директора. Исполком должен принять во внимание все соответствующие факты, и его первой задачей является рассмотрение промежуточных мер, принятых покойным Генеральным директором, которые, по мнению юрисконсульта, находились в пределах его полномочий. Время является ограниченным, и Исполкому поэтому следует приступить к систематическому определению, являются ли эти меры приемлемыми, содержал ли процесс их принятия какие-либо изъяны и является ли указанное лицо подходящим. Если будет признано, что процесс содержал изъяны, Исполкому придется решить, делает ли это недействительными указанные меры. В таком случае или же если кандидат будет признан неподходящим, необходимо будет принять альтернативные меры. Критиковать предложенные меры недостаточно - Исполком должен либо поддержать их, либо исправить.

Затем Исполком должен рассмотреть вопрос о том, как приступить к выборам нового Генерального директора, основываясь на его относительно недавнем опыте назначений д-ра Брундтланд и д-ра Ли. Важно найти подходящих кандидатов, и поэтому ускорять этот процесс нецелесообразно; тем не менее, вполне возможно завершить его ко времени проведения Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ предупреждает Исполком о том, чтобы он не слишком забежал вперед; неотложным вопросом является назначение исполняющего обязанности Генерального директора, затем внимание можно будет обратить на выборы нового Генерального директора. Выступающий предлагает юрисконсульту уточнить некоторые вопросы, которые были заданы.

Г-н BURCI (юрисконсульт) говорит, что эти вопросы были сосредоточены в целом на трех главных проблемах: обстоятельствах написания д-ром Ли меморандума о назначении заместителя Генерального директора; терминов "сотрудник" и "старший по должности сотрудник Секретариата"; и того, как можно ускорить нормальный процесс назначения нового Генерального директора без особой спешки.

Выступающий не будет рассматривать причины, которыми руководствовался Генеральный директор при написании этого меморандума. Он может сообщить только то, что ему было сказано и что он сам знает, и дать свою профессиональную оценку этому процессу. Когда выступающий вступил в должность, он был проинформирован предыдущим юрисконсультом о том, что по просьбе д-ра Ли состоялось обсуждение возможности возникновения чрезвычайных обстоятельств в случаях, предусмотренных Статьей 113; были приняты меры, и они были включены в меморандум, который Генеральный директор попросил хранить в качестве конфиденциального. Выступающий получил конверт и держал его под замком, в соответствии с указаниями Генерального директора.

Д-р Nordström заявил, что Генеральный директор предложил ему это назначение и условия, которые изложены в меморандуме, и д-р Nordström согласился с ними. Предложение д-ра Ли и принятие этого предложения д-ром Nordström представляют собой юридический контракт в смысле законного назначения. Решение Генерального директора включает два шага: назначение д-ра Nordström заместителем Генерального директора с немедленным вступлением в силу, однако выполнение функций исполняющего обязанности Генерального директора, а также заместителя Генерального директора откладывалось и вступало в силу при возникновении определенных условий. До возникновения этих условий, которые, к сожалению, возникли вчера, д-р Nordström продолжал выполнять функции помощника Генерального директора.

В Статье 113 указан "старший по должности сотрудник Секретариата". Сравнение текста на различных официальных языках привело выступающего к убеждению в том, что термин "сотрудник" используется в широком смысле для указания любого человека, служащего в Секретариате. Выступающий делает вывод, что намерение составителей этой Статьи было в том, чтобы использовать такой термин, который не создавал бы дискриминации, но охватывал все категории лиц, служащих в Секретариате, будь то избранные официальные должностные лица или должностные лица, назначенные Генеральным директором. Согласно этому толкованию, Генеральный директор обладал прерогативой назначить любого человека старшим по должности сотрудником, чтобы достичь цели Статьи 113. На практике в ВОЗ и других учреждениях системы Организации Объединенных Наций главным критерием для определения старшинства является класс назначения, после которого идет продолжительность службы внутри класса; это не является результатом биологического процесса. Этот принцип находит свое отражение также в шкале заработной платы: заместитель Генерального директора имеет заработную плату на уровне заместителя Генерального Секретаря Организации Объединенных Наций. Таким образом, Генеральный директор мог определить, кто является "старшим по должности сотрудником". Сам выступающий как юрисконсульт не считает старшинство результатом биологического процесса; оно определяется также исполнительными решениями, и эти решения подкрепляются полномочиями, данными Генеральному директору Уставом.

Отвечая на вопрос члена Исполкома из Кении относительно того, продолжится ли назначение д-ра Nordström в качестве заместителя Генерального директора, выступающий говорит, что в меморандуме четко указано, что это назначение связано с изложенными конкретными обстоятельствами: он будет старшим по должности сотрудником Секретариата и служить в качестве исполняющего обязанности Генерального директора, если что-либо случится с д-ром Ли. Таким образом, это назначение является обусловленным и будет продолжаться до тех пор, пока сохранится это условие; оно завершится, если, например, Исполком решит назначить кого-либо еще исполняющим обязанности Генерального директора или если Ассамблея здравоохранения назначит нового Генерального директора.

Сокращение процесса назначения нового Генерального директора влечет за собой ряд шагов. Исполкому необходимо принять четкое решение о временном приостановлении действия нормального процесса, изложенного в Правилах процедуры Исполнительного комитета, в частности Статьи 52. Далее Исполкому следует принять решение о процессе, применимом к нынешним обстоятельствам. Ряд членов предложили, чтобы Секретариат представил различные варианты для рассмотрения Исполкомом на его Сто восемнадцатой сессии. Членам Исполкома, присутствующим на данной специальной сессии, необходимо будет принять принципиальное решение о том, что это является желанием Исполкома, и предложить Секретариату представить подробные планы. Даже если Исполком решит временно приостановить действие Статьи 52, ему необходимо будет принять решение о сроках и ходе этого процесса. Трудно предусмотреть альтернативу созыву специальных сессий - сначала Исполкома в конце года для рассмотрения кандидатур и выдвижения одной кандидатуры и затем Ассамблеи здравоохранения до мая 2007 г. для рассмотрения этой кандидатуры.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ отмечает расходы, связанные с такими действиями.

Д-р NORDSTRÖM (помощник Генерального директора) подтверждает, что он знал как о назначении, так и об условиях задержки выполнения функций исполняющего обязанности Генерального директора до тех пор, пока не возникнут обстоятельства, указанные в меморандуме. Выступающий увидел этот меморандум только утром предыдущего дня, но полностью знал его содержание. К нему обратился Генеральный директор, и он принял его предложение. Он не будет ни оправдывать, ни комментировать решение д-ра Ли оставить этот вопрос в тайне, но в интересах транспарентности он желает поделиться тем, что ему сказал д-р Ли. Д-р Ли давал полномочия своим сотрудникам, оказывал им свою полную поддержку и строго требовал отчитываться за проделанную работу. По этой причине он не назначал заместителя Генерального директора; он желал, чтобы директора региональных бюро осуществляли руководство в регионах, а помощники Генерального директора возглавляли деятельность по соответствующим важным вопросам. Д-р Ли обсудил с ним возможность объявления его назначения в качестве заместителя Генерального директора, но решил не делать этого по этим причинам.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ напоминает, что должность заместителя Генерального директора, которая существовала в Секретариате, была упразднена в связи с тем, что один из занимавших эту должность выставил свою кандидатуру на выборах против занимавшего в то время пост Генерального директора. Именно по этой причине упоминается Статья 113 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Г-н АПТКЕН (советник Генерального директора) подробно рассказывает о событиях, происходивших в то время, когда Генеральным директором был д-р Накадзима. Во время процесса выдвижения кандидатур в конце его первого срока службы заместитель Генерального директора действительно противостоял ему. После своего переизбрания д-р Накадзима какое-то время не назначал заместителя Генерального директора и сделал это лишь позднее в течение своего второго срока службы. Д-р Брундтланд решила не назначать заместителя Генерального директора на весь период ее службы.

Г-жа LE THI THU HA (Вьетнам) поддерживает призыв к тому, чтобы обеспечить плавный переход и непрерывность деятельности. Она одобряет назначение д-ра Nordström заместителем Генерального директора. Что касается назначения нового Генерального директора, то выступающая соглашается с предыдущими ораторами в том, что Секретариат должен обеспечить руководство этим процессом.

Д-р РНООКО (Лесото) также призывает к плавному выходу из этой кризисной ситуации и к тому, чтобы процесс шел должным образом. Некоторые области недопонимания

по-прежнему нуждаются в уточнении; перед Исполкомом возникла чрезвычайная ситуация с юридическими последствиями, отсюда такое большое количество юридических вопросов со стороны членов Исполкома, которые не являются юристами. Как представляется, Статья 113 была составлена для того, чтобы заполнить вакуум: если должность оказывается вакантной, Статья 113 применяется немедленно, что позволяет старшему по должности сотруднику заполнить пробел до принятия Исполнительным комитетом необходимого решения. Если такое толкование является правильным и в связи с тем, что трагическая смерть произошла в тот момент, когда большинство членов Исполкома присутствуют в Женеве, Исполком должен собраться, чтобы отреагировать на чрезвычайную ситуацию, то есть предпринять действие, которое само по себе лишит юридической силы меморандум д-ра Ли. Как Устав (Статья 35), так и Положения о персонале (пункт 4.1) уполномочивают Генерального директора назначать сотрудников; далее, в пункте 4.5 Положений о персонале указано, какие назначения может делать Генеральный директор, включая заместителя Генерального директора. Таким образом, эти статьи предусмотрены для обеспечения функционирования ВОЗ, и меры, принятые д-ром Ли, вероятно, были предназначены именно для этого. Однако он четко не указал последовательность хода этого процесса. Возможно, д-р Ли намеренно не пошел дальше в процессе информирования Исполнительного комитета, с тем чтобы сам Исполком мог завершить назначение исполняющего обязанности Генерального директора. Исполком должен решить эту проблему, не задаваясь вопросом о возможных мотивах покойного Генерального директора в то время, когда он подписал меморандум, что, как представляется с точки зрения нынешней ситуации, является частью процесса выполнения требований Устава и Положений о персонале.

Д-р ZAMBRANO CEDEÑO (Эквадор) отмечает, что любое решение должно быть принято на правовой и объективной основе. Соответствующие правила дают Исполкому такую основу для преодоления нынешних трудностей. Выступающий подчеркивает, что Исполкому по-прежнему следует быть единым в отношении рассматриваемого вопроса. Необходимо предпринять быстрые действия, но это следует сделать обдуманно, осторожно и спокойно.

Положения Статей 109 и 113 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения дают возможность прийти к выводу по вопросу о временном решении. Исполкому было дано руководство, которое необходимо изучить, с тем чтобы сформулировать решения, которые он уполномочен принять.

Д-р TOGUCHI (Япония), одоблив четкое объяснение юрисконсульту вопроса об исполняющем обязанности Генерального директора, предлагает соблюсти последнюю волю д-ра Ли. Члены Исполкома несут ответственность за плавный переход и продолжение деятельности. Выступающий также поддерживает призыв к сокращению переходного периода, хотя ускорение процесса выбора нового Генерального директора не будет легким, особенно если решение необходимо будет принять в течение следующих нескольких часов, не имея данных о сроках или расходах. Этот вопрос следует отложить для рассмотрения Исполкомом на его Сто восемнадцатой сессии на следующей неделе.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ соглашается с этим предложением; вопросом, который рассматривается на нынешней специальной сессии, является вопрос об исполняющем обязанности Генерального директора.

Д-р FRENK (Мексика) отмечает, что Исполком согласовал определенные базисные принципы. Во-первых, Организация столкнулась с чрезвычайной ситуацией; нормальные процессы, изложенные в различных положениях, следует интерпретировать с учетом исключительного характера нынешних обстоятельств. Во-вторых, преобладающим соображением в принятии решения являются наилучшие коллективные интересы Организации. Поэтому важно, чтобы среди членов Исполкома преобладал климат доверия. Дискуссию по

процедурным вопросам, которым юрисконсульт дал четкие объяснения, следует отложить в сторону. В-третьих, Организация столкнулась с кризисом в то время, когда вопрос здравоохранения занимает беспрецедентно высокое место в глобальной повестке дня безопасности и развития. Поэтому нельзя более затягивать нынешнюю ситуацию.

Во избежание продолжения кризиса следует принять ряд решений. Необходимо принять официальное решение о том, желает ли Исполком утвердить положение д-ра Nordström в качестве исполняющего обязанности Генерального директора. Конкретный процесс сокращения переходного периода необходимо изучить далее. Статья 53 Правил процедуры Исполнительного комитета наряду со Статьей 43 дает возможность Исполкому изменить некоторые процедуры в этом отношении. Можно предложить Секретариату представить на рассмотрение Исполнительного комитета на его Сто восемнадцатой сессии несколько вариантов сокращения переходного периода. Предпочтительно, чтобы этот вопрос стал первым пунктом повестки дня.

Г-н GUNNARSSON (Исландия) отмечает, что меморандум покойного Генерального директора учитывает различные ситуации, которые могут возникнуть. В соответствии с принятой им структурой управления Генеральный директор не желал включать иерархический уровень между ним самим, региональными директорами и помощниками Генерального директора. Хотя это может показаться и несогласующимся с концепцией транспарентности, он составил этот меморандум для обеспечения будущего рациональным образом, выбрав более молодого, более сильного человека для работы в переходный период.

Выступающий предлагает на рассмотрение Исполкома два проекта резолюций:

1. Исполнительный комитет предлагает Секретариату немедленно начать процесс выборов нового Генерального директора и представить на следующую сессию Исполкома план для утверждения, с тем чтобы выборы нового Генерального директора можно было произвести за как можно более короткий период времени.
2. Исполнительный комитет соглашается с предложением, сделанным покойным Генеральным директором в меморандуме от 14 ноября 2003 г., утвердить Anders Nordström исполняющим обязанности Генерального директора на период до выборов нового Генерального директора.

Безусловно, другие лица не менее хорошо могут выполнять эти функции, и этот вопрос можно обсуждать достаточно долго. Тем не менее, выступающий предлагает Исполкому поставить его предложение на голосование как можно скорее.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ, соглашаясь с тем, что проекты резолюций будут представлены Исполкому, отмечает, что, по его мнению, меморандум покойного Генерального директора нельзя считать его последней волей, так как первое условие гласит: "до тех пор, ...пока я не смогу вновь исполнять функции Генерального директора". Если бы меморандум был составлен как завещание, он не содержал бы этой оговорки.

Д-р TANGI (Тонга), поддержав мнение предыдущих ораторов, выражает поддержку предложению о голосовании в Исполкоме.

Объясняя использованное им ранее выражение "последняя воля", он отмечает, что Генеральный директор умер в 7 ч. 43 м. 22 мая, и конверт был открыт в 8 ч. 00 м. Он содержал последнее заявление, которое Генеральный директор желал, чтобы оно было зачитано после его смерти. В момент открытия конверта применялась Статья 109, а не Статья 113 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Д-р RASHED (Ливийская Арабская Джамахирия) не соглашается с заявлением юрисконсульта о том, что старшинство не является результатом биологического процесса. Биологический возраст является компонентом старшинства; в противном случае людям более

старшего возраста не высказывалось бы особого уважения. Старшинство не включает также возможность "обойти очередь"; это многофакторный процесс, в ходе которого человек достигает своей цели с помощью опыта и напряженной работы.

Ссылаясь на термины "выдвижение кандидатур" и "назначение", выступающий отмечает, например, что кандидатуры членов Исполкома предлагаются региональными группами и утверждаются Ассамблеей здравоохранения, так что выдвижение кандидатур подобно выборам. Назначение является другим; какой-либо человек может быть назначен на любой пост; утверждения не требуется. Выступающий не согласен также с объяснением терминов "сотрудник" и "должностное лицо", которое не соответствует данным выше определениям. Поэтому меморандум не следует рассматривать в качестве юридически обязательного, так как он представляет собой назначение. Вопрос об исполняющем обязанности Генерального директора следует поставить на голосование, чтобы решить, кто будет исполнять эти обязанности.

Д-р NYIKAL (Кения) поддерживает первую резолюцию, предложенную членом Исполкома от Исландии, но не поддерживает вторую. Исполком не может предпринимать каких-либо действий, которые являются юридически сомнительными. Меморандум не выходит за границы юридического вопроса; идея Статьи 113 не может быть реализована действующим Генеральным директором, так как эта Статья подразумевает, что Генерального директора нет. Вероятно, применяется Статья 109. Выступающий предлагает оставить в стороне этот меморандум. Исполком с помощью Секретариата должен определить самого старшего среди помощников Генерального директора, которым, безусловно, является д-р Norström. Исполком должен действовать в рамках своих собственных полномочий, а не в соответствии с меморандумом, что впоследствии может быть поставлено под сомнение и создать прецедент.

Г-н SHUGART (Канада) отмечает, что в своем меморандуме покойный Генеральный директор предусмотрел ряд возможностей. Первой является то, что неблагоприятный исход может не произойти, именно поэтому в меморандуме указано, что заместитель Генерального директора начнет осуществлять свои функции только после того, как им станет. Вторая заключается в том, что событие может носить лишь временный характер, что объясняет оговорку (i). Третья возможность состоит в том, что событие может быть постоянным, и это объясняет ссылку на вакансию его должности, которая может наступить до истечения его срока службы. Далее, можно предположить, что он установил статус старшего по должности сотрудника, назначив д-ра Nordström заместителем Генерального директора, если возникнет необходимость выполнять эти функции. Таким образом, покойный Генеральный директор в действительности подразумевал Статью 113, с тем чтобы личность самого старшего по должности сотрудника стала известной в надлежащее время.

Покойный Генеральный директор не диктовал, какие действия следует предпринять Исполкому; действительно, и меморандум, и Статья 113 признают окончательные полномочия за Исполкомом. Поэтому выступающий поддерживает предложение члена Исполкома от Исландии о том, что Исполкому следует решить, является ли д-р Nordström исполняющим обязанности Генерального директора, что является единственным конкретным предложением, которое должно быть рассмотрено.

Д-р PARIRENYATWA (Зимбабве)¹ призывает Исполком принять решение на основе принципов и избежать создания прецедента процесса, примененного покойным Генеральным директором. Этот процесс не следует использовать в будущем; он ведет к значительной путанице. Невзирая на меморандум, нынешнему Исполкому следует определить, кто является

¹ Принимает участие на основании Статьи 3 Правил процедуры Исполнительного комитета.

самым старшим по должности сотрудником среди старших должностных лиц или наиболее компетентным, или наиболее подходящим в этих обстоятельствах. Государства-члены не будут иметь возражений в отношении лица, которое будет определено таким образом и которым может быть д-р Nordström или какое-либо другое лицо, но они не будут согласны с решением, принятым на основе только меморандума.

Профессор PEREIRA MIGUEL (Португалия) выражает поддержку предложениям членов Исполкома от Исландии и Канады.

Д-р ANTEZANA ARANÍBAR (Боливия) предлагает, чтобы Председатель определил два первоначальных шага на основе упомянутых выше общих принципов. Во-первых, невзирая на меморандум покойного Генерального директора, Исполком может осуществить свою прерогативу по выбору исполняющего обязанности Генерального директора. Во-вторых, он может определить методы и сроки выборов будущего Генерального директора; особенно ему следует определить, следует ли в нынешних обстоятельствах ускорить процесс или следовать нормальной процедуре. Таким образом, этот вопрос может быть рассмотрен более оперативно на Сто восемнадцатой сессии.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ, отметив, что после того, как все высказались, сформировалось общее мнение, которое подтвердило, что Исполком не будет делить мнения посредством голосования, а примет решение консенсусом.

Д-р BRUNET (Франция) говорит, что все участники дискуссии до настоящего момента согласились с тем, что необходимо принять два решения: одно о том, кто немедленно возьмет на себя ответственность за обеспечение непрерывности и руководство Организацией в переходный период; а другое о том, как будет выбираться следующий Генеральный директор, и большинство членов хотели бы, чтобы это происходило в наилучших условиях и как можно быстрее.

Предложение члена Исполкома от Исландии было поддержано несколькими странами; его следует сейчас представить для рассмотрения. Все понимают, что должны выполнить свои обязанности по поиску решения; даже если консенсус будет невозможным, письменное предложение по крайней мере даст что-то конкретное, над чем можно будет работать далее, вместо того чтобы продолжать обсуждать детали.

Д-р NYIKAL (Кения) признает, что прения продвигаются вперед; однако он не может одобрить предложение члена Исполкома от Исландии, если будет использовано слово "одобряет". Он может согласиться с предложением следующего содержания: "мы предлагаем д-ра Nordström", так как это позволит указать фамилии конкурентов. Однако использование слова "одобряет" обязывает Исполком одобрить неясность вокруг должности заместителя Генерального директора, что является шагом назад в сторону отсутствия транспарентности, которая существовала в прошлом.

Г-н GUNNARSSON (Исландия) предлагает новую формулировку. Ее текст является следующим:

После обсуждения меморандума покойного Генерального директора от 14 ноября 2003 г. Исполнительный комитет постановляет утвердить д-ра Anders Nordström в качестве исполняющего обязанности Генерального директора на период до выбора нового Генерального директора.

Д-р HAFFADH (Бахрейн) предлагает д-ра Gezairу, Директора Регионального бюро для стран Восточного Средиземноморья, для назначения в качестве исполняющего обязанности Генерального директора, сославшись на старшинство последнего.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ напоминает Исполкому об имеющихся у него вариантах. Первый включает Статью 113, в которой четко объясняются действия в таких обстоятельствах. Другой вариант представлен в меморандуме д-ра Ли.

Г-жа HALTON (Австралия) просит проконсультировать по порядку, в котором будут рассматриваться предложения. Учитывая тот факт, что одно из предложений было уже сделано членом Исполкома от Исландии, выступающая говорит, что она будет признательна за его рассмотрение первым.

Совещание прерывается в 21 ч. 50 м. и возобновляется в 22 ч. 40 м.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ объявляет, что д-р Gezaigu, в соответствии со своей давней приверженностью единству и процветанию Организации, сообщил ему, что он не будет кандидатом. Выступающий выражает благодарность д-ру Gezaigu за этот ценный и мужественный поступок.

Как представляется, сформировался консенсус в отношении проекта решения следующего содержания:

Исполнительный комитет постановляет, в соответствии со Статьей 113 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения, назначить д-ра Anders Nordström в качестве исполняющего обязанности Генерального директора до назначения и вступления в должность нового Генерального директора Всемирной организации здравоохранения.

Г-н GUNNARSSON (Исландия) полностью поддерживает поправку к сделанному им ранее предложению.

Д-р NYIKAL (Кения), отметив, что все обсуждение было вызвано отсутствием четкости в отношении должности заместителя Генерального директора, говорит, что он может поддержать это предложение, если будет решено, что будет принято еще одно решение, в котором будет указано, что вопрос в отношении этой должности будет решен и что доклад по этому вопросу будет представлен Исполнительному комитету до конца его Сто восемнадцатой сессии.

Д-р ANTEZANA ARANÍBAR (Боливия) подчеркивает, что при рассмотрении альтернативных вариантов решения этого вопроса Секретариат должен действовать в консультации с Исполнительным комитетом.

Г-н AITKEN (советник Генерального директора) подтверждает, что Секретариат представит Исполнительному комитету доклад на эту тему.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ считает, что Исполком согласен предложить Секретариату изучить вопрос о должности заместителя Генерального директора. Он также предлагает Исполкому рассмотреть проект решения следующего содержания:

Исполнительный комитет предлагает Секретариату представить на следующей сессии Исполнительного комитета варианты для рассмотрения вопроса об ускорении процедур выбора следующего Генерального директора Всемирной организации здравоохранения.

В ответ на вопрос д-ра NYIKAL (Кения) ПРЕДСЕДАТЕЛЬ предлагает добавить слова "Исполнительный комитет на своей Сто восемнадцатой сессии также установит сроки", с тем чтобы Секретариат был подотчетен за любые задержки.

Решения с внесенными поправками принимаются¹.

ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА благодарит Председателя за его оперативные действия и говорит, что при реагировании на эту ситуацию Секретариат никогда не сомневался в значении обсуждения этого вопроса в Исполкоме. Выступающий также выражает признательность д-ру Gezaigü, с которым он будет работать в тесном сотрудничестве. Выступающий обязуется обеспечивать непрерывность функционирования Организации во время переходного периода; эффективный процесс выборов Генерального директора; и, как было упомянуто членом Исполкома от Бутана, в постоянных консультациях с Исполкомом развивать далее концепцию покойного Генерального директора, в которой особенно подчеркивалась необходимость работы как единой Организации и которую д-р Ли кратко отразил следующим образом: "делать правильные вещи в правильном месте и правильным образом".

Нынешняя ситуация, хотя и является уникальной в истории Организации, выявила недостатки в ролях и процедурах и важно извлечь урок из этого опыта. Выступающий говорит, что он надеется работать в тесном сотрудничестве с Исполкомом на его Сто восемнадцатой сессии, с тем чтобы изучить вопрос о том, какие улучшения могут быть сделаны для будущего.

Заседание закрывается в 22 ч. 50 м.

¹ Решения EBSS(1), EBSS(2) и EBSS(3).



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ

Сто восемнадцатая сессия

ЖЕНЕВА, 29–31 МАЯ 2006 г.

**РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ
ПРИЛОЖЕНИЯ**

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ

**ЖЕНЕВА
2006 г.**

ВВЕДЕНИЕ

Сто восемнадцатая сессия Исполнительного комитета была проведена в штаб-квартире ВОЗ, Женева, с 29 по 31 мая 2006 года.

Пятьдесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения избрала 12 государств-членов, которым предоставляется право назначить представителей в состав Исполнительного комитета вместо тех, срок полномочий которых истек¹, в результате чего новый состав Исполкома является следующим:

Назначившая страна	Оставшийся срок полномочий ²	Назначившая страна	Оставшийся срок полномочий ²
Австралия	1 год	Мадагаскар	2 года
Азербайджан	2 года	Мали	3 года
Афганистан	3 года	Мексика	2 года
Бахрейн	1 год	Намибия	2 года
Боливия	1 год	Португалия	2 года
Бразилия	1 год	Руанда	2 года
Бутан	2 года	Румыния	1 год
Дания	3 года	Сальвадор	3 года
Джибути	3 года	Сингапур	3 года
Ирак	2 года	Словения	3 года
Кения	1 год	Соединенные Штаты Америки .	3 года
Китай	3 года	Таиланд	1 год
Латвия	3 года	Тонга	1 год
Лесото	1 год	Турция	3 года
Либерия	2 года	Шри-Ланка	3 года
Ливийская Арабская Джамахирия	1 год	Ямайка	1 год
Люксембург	1 год	Япония	2 года

Подробная информация о членах Исполкома, назначенных перечисленными выше государствами-членами, содержится в списке членов Исполкома и других участников.

¹ В соответствии с решением WHA59(8), выходящими из состава членами являются представители, назначенные Канадой, Чешской Республикой, Эквадором, Францией, Гвинеей-Бисау, Исландией, Непалом, Пакистаном, Суданом и Вьетнамом.

² В момент закрытия Пятьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение.....	55
Повестка дня.....	61
Список документов.....	63

ЧАСТЬ I

РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ

Резолюции

EB118.R1	Талассемия и другие гемоглинопатии.....	67
EB118.R2	Рассмотрение вопроса об ускорении процедуры избрания следующего Генерального директора Всемирной организации здравоохранения.....	69
EB118.R3	Борьба с лейшманиозом.....	70
EB118.R4	Укрепление систем медико-санитарной информации.....	73
EB118.R5	Утверждение поправок к Правилам о персонале.....	75

Решения

EB118(1)	Членский состав Постоянного комитета Исполкома по неправительственным организациям.....	77
EB118(2)	Членский состав Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам.....	77
EB118(3)	Назначение представителей Исполнительного комитета на Шестидесятую сессию Всемирной ассамблеи здравоохранения.....	77
EB118(4)	Сроки, место проведения и продолжительность Сто девятнадцатой и Сто двадцатой сессий Исполнительного комитета.....	78
EB118(5)	Место проведения, сроки и продолжительность Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.....	78

ПРИЛОЖЕНИЯ

	Стр.
1. Утверждение поправок к Правилам о персонале	79
2. Административные и финансовые последствия для Секретариата резолюций, принятых Исполнительным комитетом	104

ЧАСТЬ II

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ

Список членов Исполкома и других участников.....	111
Комитеты и рабочие группы.....	131

Первое заседание

1. Открытие сессии и утверждение повестки дня	133
2. Выборы Председателя, заместителей Председателя и Докладчика	134
3. Программа работы.....	135
4. Итоги Пятьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.....	136
5. Доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам.....	137
6. Рассмотрение вопроса об ускорении процедуры избрания следующего Генерального директора Всемирной организации здравоохранения	138

Второе заседание

1. Рассмотрение вопроса об ускорении процедуры избрания следующего Генерального директора Всемирной организации здравоохранения (продолжение).....	142
2. Заместитель Генерального директора Всемирной организации здравоохранения	145
3. Технические вопросы и вопросы здравоохранения	147
Борьба с лейшманиозом.....	147
Талассемия и другие гемоглобинопатии.....	151

Третье заседание

1. Технические вопросы и вопросы здравоохранения (продолжение).....	157
Рациональное использование лекарственных средств: ход осуществления стратегии ВОЗ в области лекарственных средств	157
Уменьшение содержания мышьяка в целях обеспечения безопасности грунтовых вод	165
2. Рассмотрение вопроса об ускорении процедуры избрания следующего Генерального директора Всемирной организации здравоохранения (продолжение).....	166

Четвертое заседание

1.	Рассмотрение вопроса об ускорении процедуры избрания следующего Генерального директора Всемирной организации здравоохранения (продолжение)	174
2.	Технические вопросы и вопросы здравоохранения (продолжение).....	174
	Борьба с лейшманиозом (продолжение)	174
	Основные технологии здравоохранения	177
3.	Вопросы для информации	185
	Системы медико-санитарной информации в поддержку достижения Целей тысячелетия в области развития	185
4.	Вопросы управления, бюджетные и финансовые вопросы.....	192
	Стратегическое распределение ресурсов.....	192
	Комитеты Исполкома: заполнение вакансий	195
	Будущие сессии Исполнительного комитета и Ассамблеи здравоохранения	196
5.	Вопросы для информации (возобновление)	198
	Доклад о ходе работы по осуществлению резолюции: инвалидность, включая предупреждение, ведение и реабилитацию (резолюция WHA58.23)	198
	Комитеты экспертов и исследовательские группы.....	198

Пятое заседание

1.	Дань памяти д-ра Ли	200
2.	Кадровые вопросы.....	200
	Заявление представителя ассоциаций персонала ВОЗ	200
	Утверждение поправок к Положениям о персонале и Правилам о персонале ...	203
3.	Вопросы для информации (продолжение).....	208
	Электронное здравоохранение: стандартизированная терминология	208
4.	Технические вопросы и вопросы здравоохранения (продолжение).....	209
	Рациональное использование лекарственных средств: ход осуществления стратегии ВОЗ в области лекарственных средств (продолжение)	209
5.	Закрытие сессии	210

ПОВЕСТКА ДНЯ¹

1. Открытие сессии и утверждение повестки дня
2. Выборы Председателя, заместителей Председателя и Докладчика
3. Итоги Пятьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
4. Доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам
5. Технические вопросы и вопросы здравоохранения
 - 5.1 Борьба с лейшманиозом
 - 5.2 Талассемия и другие гемоглобинопатии
 - 5.3 Рациональное использование лекарственных средств: ход осуществления стратегии ВОЗ в области лекарственных средств
 - 5.4 Уменьшение содержания мышьяка в целях обеспечения безопасности грунтовых вод
 - 5.5 Основные технологии здравоохранения
6. Вопросы управления, бюджетные и финансовые вопросы
 - 6.1 Стратегическое распределение ресурсов
 - 6.2 Комитеты Исполнительного комитета: заполнение вакансий
 - 6.3 Будущие сессии Исполнительного комитета и Ассамблеи здравоохранения
7. Кадровые вопросы
 - 7.1 Заявление представителя ассоциаций персонала ВОЗ
 - 7.2 Утверждение поправок к Положениям и Правилам о персонале
8. Вопросы для информации
 - 8.1 Доклад о ходе работы по осуществлению резолюции: инвалидность, включая предупреждение, ведение и реабилитацию (резолюция WHA58.23)

¹ Утверждена Исполкомом на его первом заседании.

- 8.2 Комитеты экспертов и исследовательские группы
 - 8.3 Системы медико-санитарной информации в поддержку достижения Целей тысячелетия в области развития
 - 8.4 Электронное здравоохранение: стандартизованная терминология
 - 9. Рассмотрение вопроса об ускорении процедуры избрания следующего Генерального директора Всемирной организации здравоохранения
 - 10. Заместитель Генерального директора Всемирной организации здравоохранения
 - 11. Закрытие сессии
-

СПИСОК ДОКУМЕНТОВ

EB118/1(annotated)	Предварительная повестка дня (аннотированная)
EB118/1 Rev.1	Повестка дня ¹
EB118/2	Итоги Пятьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
EB118/3	Доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам
EB118/4	Борьба с лейшманиозом
EB118/4 Add.1	Доклад об административных и финансовых последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения ²
EB118/5	Талассемия и другие гемоглобинопатии
EB118/5 Add.1	Доклад об административных и финансовых последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения ²
EB118/6	Рациональное использование лекарственных средств: ход осуществления стратегии ВОЗ в области лекарственных средств
EB118/6 Add.1	Доклад об административных и финансовых последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения ²
EB118/7	Стратегическое распределение ресурсов
EB118/8	Электронное здравоохранение: стандартизованная терминология
EB118/9	Комитеты Исполнительного комитета: заполнение вакансий
EB118/9 Add. 1	Комитеты Исполкома: членский состав

¹ См. стр. 61.

² См. Приложение 2.

EB118/10	Будущие сессии Исполнительного комитета и Ассамблеи здравоохранения
EB118/11	Утверждение поправок к Правилам о персонале ¹
EB118/11 Add.1	Доклад об административных и финансовых последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения ²
EB118/12	Доклад о ходе работы по выполнению резолюции: Инвалидность, включая предупреждение, ведение и реабилитацию (резолюция WHA58.23)
EB118/13	Комитеты экспертов и исследовательские группы
EB118/14	Уменьшение содержания мышьяка в целях обеспечения безопасности грунтовых вод
EB118/15 и EB118/15 Corr.1	Основные технологии здравоохранения
EB118/16	Системы медико-санитарной информации в поддержку достижения Целей тысячелетия в области развития
EB118/17	Предложение о включении в повестку дня дополнительного пункта
EB118/18	Предложение о включении в повестку дня дополнительного пункта
EB118/19	Заместитель Генерального директора Всемирной организации здравоохранения
EB118/20 и EB118/20 Add.1	Рассмотрение вопроса об ускорении процедуры избрания следующего Генерального директора Всемирной организации здравоохранения

Информационные документы

EB118/INF.DOC./1 Заявление представителя ассоциаций персонала ВОЗ

Прочие

EB118/DIV/1 Rev.1	Список членов и других участников
EB118/DIV/2	Предварительное ежедневное расписание работы
EB118/DIV/3	Решения и список резолюций
EB118/DIV/4	Список документов

¹ См. Приложение 1.

² См. Приложение 2.

ЧАСТЬ I
РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ
ПРИЛОЖЕНИЯ

РЕЗОЛЮЦИИ

EB118.R1 Талассемия и другие гемоглинопатии¹

Исполнительный комитет,

рассмотрев доклад о талассемии и других гемоглинопатиях²;

напомявая резолюцию WHA57.13 о геномике и здоровье в мире, резолюцию EB117.R3 о серповидноклеточной анемии, а также тот факт, что Исполнительный комитет на своей Сто шестнадцатой сессии признал роль генетических служб в улучшении состояния здоровья в мире и в сокращении разрыва в состоянии здоровья в мировом масштабе³;

обеспокоенный воздействием генетических болезней, в частности гемоглинопатий (талассемии и серповидноклеточной анемии), на общую смертность и заболеваемость, особенно в развивающихся странах, а также страданиями, которые эти болезни приносят пациентам и их семьям;

признавая, что распространенность талассемии не одинакова в разных странах и что нехватка эпидемиологических данных может мешать эффективному и справедливому ведению болезни;

глубоко обеспокоенный тем, что талассемия и другие гемоглинопатии не получили признания как приоритетные проблемы общественного здравоохранения;

выражая сожаление по поводу отсутствия в настоящее время доступа к безопасным и адекватным генетическим службам;

сознавая, что эффективные программы борьбы с талассемией должны учитывать культурную практику и соответствовать данному социальному контексту;

признавая, что ведение гемоглинопатий, в особенности дородового скрининга, поднимает конкретные этические, правовые и социальные вопросы, требующие соответствующего рассмотрения,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) разработать, внедрить и укреплять систематическим, справедливым и эффективным образом всеобъемлющие комплексные и национальные программы профилактики и ведения талассемии и других гемоглинопатий, включающие эпиднадзор, распространение информации, повышение осведомленности и скрининг, при

¹ См. Приложение 2, в котором содержатся административные и финансовые последствия этой резолюции для Секретариата.

² Документ EB118/5.

³ См. документ EB116/2005/REC/1, протокол первого заседания, раздел 4.

том, что такие программы должны строиться так, чтобы они соответствовали конкретным социально-экономическим и культурным условиям и были нацелены на сокращение числа новых случаев, распространенности заболеваемости и смертности, связанных с этими болезнями;

(2) развивать свой потенциал мониторинга талассемии и других гемоглобинопатий, а также оценивать результативность национальных программ;

(3) активизировать подготовку всех работников здравоохранения в зонах большой распространенности этих заболеваний;

(4) развивать и укреплять медицинские службы в рамках существующих систем медико-санитарной помощи в партнерстве с организациями родителей или пациентов;

(5) способствовать расширению просвещения населения, включая медико-санитарное консультирование, а также этические, правовые и социальные вопросы, связанные с гемоглобинопатиями;

(6) способствовать расширению международного сотрудничества в борьбе против гемоглобинопатий;

(7) оказывать поддержку фундаментальным и прикладным исследованиям по талассемии в сотрудничестве с международными организациями;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) повышать информированность международного сообщества о глобальном бремени талассемии и других гемоглобинопатий и способствовать справедливому доступу к медико-санитарным службам и лекарственным средствам в целях профилактики и ведения этих болезней;

(2) предоставлять государствам-членам техническую и консультативную поддержку для выработки национальной политики и стратегий профилактики и ведения талассемии и других гемоглобинопатий;

(3) поощрять межстрановое сотрудничество в целях расширения подготовки и повышения квалификации персонала и обеспечить поддержку дальнейшей передачи доступных по цене технологий и специальных знаний развивающимся странам;

(4) и далее осуществлять нормативные функции ВОЗ посредством разработки руководящих принципов по профилактике и ведению талассемии и других гемоглобинопатий;

(5) поощрять научные исследования по талассемии и другим гемоглобинопатиям в целях продления срока жизни и улучшения качества жизни лиц, страдающих такими расстройствами;

(6) рассмотреть вопрос о проведении в ближайшем будущем Всемирного дня здоровья, посвященного болезням, относящимся к классу гемоглобинопатии, таким как талассемия и серповидноклеточная анемия.

(Второе заседание, 29 мая 2006 г.)

**EB118.R2 Рассмотрение вопроса об ускорении процедуры избрания следующего
Генерального директора Всемирной организации здравоохранения**

Исполнительный комитет,

принимая к сведению решение EBSS(2), принятое Исполкомом на его специальной сессии, состоявшейся 23 мая 2006 г., на которой Исполком просил Секретариат "представить на рассмотрение Исполкома на его Сто восемнадцатой сессии варианты ускорения процедуры избрания следующего Генерального директора Всемирной организации здравоохранения";

рассмотрев доклады Секретариата, подготовленные во исполнение указанной просьбы Исполкома¹;

1. ПОСТАНОВЛЯЕТ, в соответствии со статьей 53 Правил процедуры Исполнительного комитета, приостановить действие статьи 52 в отношении крайних сроков, указанных в пунктах 1-3 вышеупомянутой статьи, в целях ускорения процесса назначения следующего Генерального директора;
2. ПОСТАНОВЛЯЕТ, что в целях назначения следующего Генерального директора будут применяться следующие сроки, вместо сроков, предусмотренных статьей 52:
 - (a) уведомление исполняющим обязанности Генерального директора государств-членов о том, что они могут предлагать кандидатуры на пост Генерального директора: 1 июня 2006 г.;
 - (b) конечная дата получения ВОЗ предложений по кандидатурам: 5 сентября 2006 г.;
 - (c) дата рассылки предложений, биографий и информации в поддержку кандидатур: 5 октября 2006 г.
3. ПОСТАНОВЛЯЕТ, в соответствии со статьей 5 Правил процедуры, созвать сессию Исполкома, которая состоится 6-8 ноября 2006 г. в штаб-квартире Всемирной организации здравоохранения;
4. ПОСТАНОВЛЯЕТ ДАЛЕЕ, что в предварительную повестку дня сессии Исполкома, упомянутой в предыдущем пункте, будет включен только один пункт под названием "Генеральный директор", который будет состоять из двух подпунктов под названием, соответственно, "выдвижение кандидатуры на пост" и "проект контракта";
5. ПРЕДЛАГАЕТ исполняющему обязанности Генерального директора рассмотреть вопрос о временном увольнении с сохранением денежного содержания тех должностных лиц и сотрудников, которые являются кандидатами на выборную должность, упомянутую в настоящей резолюции, с занимаемых ими на данный момент должностей с 5 сентября 2006 г. и до назначения нового Генерального директора Ассамблеей здравоохранения;
6. ПРЕДЛАГАЕТ исполняющему обязанности Генерального директора, в соответствии со статьей 2 Правил процедуры Ассамблеи здравоохранения, созвать специальную сессию Всемирной ассамблеи здравоохранения 9 ноября 2006 г. в Женеве и включить в предварительную повестку дня специальной сессии только один пункт под названием "Генеральный директор", состоящий из двух подпунктов под названием, соответственно, "назначение" и "утверждение контракта";

¹ Документы EB118/20 и EB118/20 Add.1, где приведена смета стоимости.

7. РЕКОМЕНДУЕТ Ассамблее здравоохранения на своей специальной сессии приостановить действие статьи 108 своих Правил процедуры в отношении срока полномочий следующего Генерального директора и установить этот срок таким образом, чтобы он истекал в скором времени после завершения одной из сессий Ассамблеи здравоохранения.

(Третье заседание, 30 мая 2006 г.)

ЕВ118.R3 Борьба с лейшманиозом

Исполнительный комитет,

рассмотрев доклад о борьбе с лейшманиозом¹,

РЕКОМЕНДУЕТ Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию²:

Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о борьбе с лейшманиозом;

признавая, что лейшманиоз является одной из забытых тропических болезней, которой в настоящее время в мире затронуты более 12 миллионов человек и на которую ежегодно приходится два миллиона новых случаев заболевания;

отмечая с обеспокоенностью, что риску подвергаются предположительно 350 миллионов человек и что число новых случаев заболевания возрастает;

признавая отсутствие точной информации об эпидемиологии данной болезни для лучшего понимания этой болезни и методов борьбы с ней;

отмечая с обеспокоенностью, что данная болезнь поражает беднейшие слои населения в 88 странах, налагая тяжелое экономическое бремя на семьи, общины и страны, особенно в развивающихся странах;

отмечая, что лечение может ложиться на семьи тяжелым бременем;

памятуя о том, что недостаточность питания и отсутствие продовольственной безопасности часто считаются основными причинами предрасположенности к лейшманиозу и тяжести этого заболевания;

признавая значительную поддержку, оказываемую государствами-членами и другими партнерами, и отдавая должное их постоянному сотрудничеству;

1. **НАСТОЯТЕЛЬНО ПРЕДЛАГАЕТ** государствам-членам, в которых лейшманиоз является существенной проблемой в области общественного здравоохранения;

¹ Документ ЕВ118/4.

² См. Приложение 2 по административным и финансовым последствиям для Секретариата этой резолюции.

- (1) активизировать усилия по созданию национальных программ борьбы, которые разрабатывали бы соответствующие руководства и создавали системы эпиднадзора и сбора и анализа данных;
- (2) усилить профилактику, активное выявление и лечение случаев как кожного, так и висцерального лейшманиоза в целях уменьшения бремени болезни;
- (3) укрепить потенциал периферийных центров здравоохранения для проведения надлежащей и доступной по цене диагностики и лечения, а также для выполнения функции контрольно-выборочного эпиднадзора;
- (4) проводить эпидемиологические оценки в целях картографирования очагов и определения реального воздействия лейшманиоза посредством точных исследований распространенности и заболеваемости, социально-экономического воздействия и доступа к профилактике и лечению, а также масштабов распространенности этой болезни в тех из них, которые затронуты проблемой нарушения питания и ВИЧ;
- (5) создать децентрализованную структуру в районах с основными очагами болезни посредством укрепления сотрудничества между странами, у которых имеются общие очаги болезни, увеличения числа сотрудничающих центров ВОЗ в области лейшманиоза и расширения их роли, а также посредством учета инициатив, предпринимаемых различными участниками;

2. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРЕДЛАГАЕТ ДАЛЕЕ государствам-членам:

- (1) выступать в поддержку высококачественных и доступных по цене лекарственных средств и надлежащей национальной политики в области лекарственных средств;
- (2) оказывать поддержку научным исследованиям в области борьбы с лейшманиозом, с тем чтобы:
 - (a) определить надлежащие и эффективные методы борьбы с возбудителем болезни;
 - (b) найти альтернативные безопасные, эффективные и доступные по цене лекарственные средства с оральным, парентеральным или топическим применением и с более короткими сроками лечения и с меньшей токсичностью, а также новые комбинации лекарственных средств и определить надлежащие дозы и продолжительность курсов лечения с помощью этих лекарственных средств;
 - (c) определить механизмы содействия доступу к существующим мерам борьбы, включая проведение социально-экономических исследований и реформы сектора здравоохранения в некоторых развивающихся странах;
 - (d) оценить и повысить чувствительность и специфичность серологических методов диагностики висцерального лейшманиоза у псовых и человека, включая оценку стандартизации и эффективности;

(е) оценить эффективность альтернативных мер борьбы, таких как использование надкроватных сеток длительного пользования, пропитанных инсектицидом;

3. ПРИЗЫВАЕТ партнерские организации продолжать и расширять масштабы своей поддержки национальных программ профилактики лейшманиоза и борьбы с ним и, в соответствующих случаях, ускорить исследования и разработку вакцин против лейшманиоза;

4. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) повысить информированность в отношении глобального бремени лейшманиоза и содействовать равному доступу к службам здравоохранения по профилактике и ведению этой болезни;

(2) составить руководство по профилактике и ведению лейшманиоза с акцентом на обновление доклада Комитета экспертов ВОЗ по лейшманиозу¹ с целью разработки региональных планов и содействия созданию региональных групп экспертов;

(3) укреплять совместные усилия многосекторальных участников, заинтересованных организаций и других учреждений для оказания поддержки в разработке и осуществлении программ по борьбе с лейшманиозом;

(4) разработать, при технической поддержке Консультативного комитета экспертов ВОЗ по лейшманиозу, политику в области борьбы с лейшманиозом;

(5) способствовать исследованиям, относящимся к борьбе с лейшманиозом, и распространению выводов этих исследований;

(6) проводить в сотрудничестве с международными партнерами мониторинг осуществления мер по борьбе с лейшманиозом;

(7) представить доклад Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения о достигнутом прогрессе, встретившихся проблемах и дальнейших мерах, предлагаемых в порядке осуществления программ борьбы с лейшманиозом.

(Четвертое заседание, 30 мая 2006 г.)

¹ *Борьба с лейшманиозом. Доклад Комитета экспертов ВОЗ.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1990 г. (Серия технических докладов ВОЗ, No. 793).

ЕВ118.R4 Укрепление систем медико-санитарной информации

Исполнительный комитет,

рассмотрев доклад о системах медико-санитарной информации в поддержку достижения Целей тысячелетия в области развития¹,

РЕКОМЕНДУЕТ Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию²:

Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

ссылаясь на резолюцию WHA58.30 о достижении согласованных на международном уровне целей в области развития, связанных со здоровьем, включая цели, содержащиеся в Декларации тысячелетия;

принимая к сведению резолюцию WHA58.28 об электронном здравоохранении и учитывая резолюцию WHA58.34 о Встрече на уровне министров по исследованиям в области здравоохранения;

признавая, что надежная информация играет исключительно важную роль в деле разработки политики и принятия решений в области здравоохранения на основе фактических данных и имеет основополагающее значение для мониторинга прогресса на пути к достижению согласованных на международном уровне целей в области развития, связанных со здоровьем, включая цели, содержащиеся в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций;

признавая, что системы медико-санитарной информации в большинстве развивающихся стран слабы, разобщены, не укомплектованы штатом и не имеют достаточных ресурсов;

будучи убеждена в важности медико-санитарной информации, представляемой в разбивке по полу, возрасту и основным социально-экономическим факторам, для обоснования решений, касающихся оказания медико-санитарной помощи тем, кто больше всего в ней нуждается;

признавая, что медико-санитарная информация и исследования в этой области носят взаимодополняющий характер и являются основой укрепления медико-санитарных систем и политики в области здравоохранения;

учитывая ключевую роль национальных статистических управлений в разработке и осуществлении национальных стратегий в области статистики и в обеспечении населения медико-санитарной информацией;

принимая к сведению уставные задачи ВОЗ по нормативной работе в области медико-санитарной информации и эпидемиологической отчетности и подтверждая роль Организации в качестве одного из партнеров-учредителей и стороны, принимающей у

¹ Документ ЕВ118/16.

² См. Приложение 2 по административным и финансовым последствиям для Секретариата этой резолюции.

себя секретариат Сети измерения показателей здоровья, которая определяет основные стандарты для систем медико-санитарной информации,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены мобилизовать необходимые научные, технические, социальные, политические, кадровые и финансовые ресурсы в целях:

(1) разработки, осуществления, укрепления и оценки планов укрепления своих систем медико-санитарной информации на основе сотрудничества между секторами здравоохранения и статистики и другими партнерами;

(2) объединения партнеров по технической работе и работе в области развития вокруг последовательной и согласованной стратегии, ориентированной на страны, и плана укрепления систем медико-санитарной информации, который был бы полностью включен в качестве основного компонента национальных программ и планов в области здравоохранения;

(3) укрепления способностей специалистов по планированию и управлению на различных уровнях системы здравоохранения к обобщению, анализу, распространению и использованию медико-санитарной информации в процессе принятия решений на основе фактических данных и повышения информированности общественности;

(4) укрепления способностей работников здравоохранения осуществлять сбор точной и необходимой медико-санитарной информации;

(5) увязки работы по укреплению систем медико-санитарной информации с политикой и программами по укреплению статистического потенциала в целом;

2. ПРИЗЫВАЕТ организации, занимающиеся медико-санитарной информацией и статистикой, другие международные организации, включая глобальные инициативы и фонды в области здравоохранения, частный сектор, гражданское общество и других заинтересованных участников, оказывать решительную и устойчивую поддержку в работе по укреплению систем информации, в том числе с использованием стандартов и руководящих принципов, изложенных в рамочной программе Сети измерения показателей здоровья, и с обеспечением охвата всего спектра медико-санитарной статистики, включая детерминанты здоровья; ресурсы здравоохранения, расходы и функционирование системы; доступ к услугам, их охват и качество; результаты медико-санитарных мероприятий и состояния здоровья; а также с уделением особого внимания информации о нищете и несправедливости в вопросах здоровья;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) укреплять культуру информации и фактических данных в Организации и обеспечивать использование точной и своевременной медико-санитарной статистики в целях подготовки фактических данных для разработки важнейших программных решений и рекомендаций в рамках ВОЗ;

(2) расширять деятельность ВОЗ в области медико-санитарной статистики на глобальном, региональном и страновом уровнях и оказывать поддержку государствам-членам в укреплении их потенциала в деле разработки систем медико-санитарной информации и сбора, анализа, распространения и использования данных;

(3) содействовать расширению доступа к медико-санитарной статистике, поощрять распространение информации среди всех заинтересованных лиц в соответствующем и

доступном формате и повышать прозрачность анализа, обобщения и оценки данных, включая обзоры со стороны специалистов;

(4) содействовать более полному согласованию, унификации и координации деятельности в области медико-санитарной информации с учетом Парижской декларации по эффективности помощи - причастности, гармонизации, согласованию, результатам и взаимной ответственности (2005 г.) и принципов наиболее эффективной практики в деятельности Глобального партнерства в области здравоохранения на страновом уровне¹;

(5) проводить регулярные обзоры опыта, накопленного странами, в порядке обеспечения поддержки в работе по обновлению рамочной программы Сети измерения показателей здоровья с учетом извлеченных уроков и развития методологий и представлять доклады о прогрессе начиная с Шестидесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

(Четвертое заседание, 30 мая 2006 г.)

ЕВ118.R5 Утверждение поправок к Правилам о персонале²

Исполнительный комитет,

рассмотрев доклад о поправках к Правилам о персонале³,

1. УТВЕРЖДАЕТ, в соответствии с Положением о персонале 12.2, поправки к Правилам о персонале, внесенные Генеральным директором со вступлением в силу 1 января 2007 г., касающиеся применения Правил о персонале, даты вступления в силу, определения окладов, чистого базового оклада при продвижении на должность более высокого класса, чистого базового оклада при понижении класса, временного исполнения обязанностей должности более высокого класса, выплаты чистого базового оклада временным сотрудникам категории специалистов и более высоких категорий, пособий на иждивенцев, специальных субсидий на образование для детей-инвалидов, надбавок за мобильность и работу в трудных условиях, подъемного пособия, служебных надбавок, политики в области назначения на должности, восстановления прав после повторного приема на работу, переводов между организациями, окончания испытательного срока, повышения в рамках класса должности, повышения в должности, назначения на другую должность, ежегодного отпуска, отпуска на родину, отпуска для прохождения военной подготовки или воинской службы, страхования от несчастных случаев и болезней, отпуска по болезни, отпуска по уходу за ребенком, предоставляемого матери и отцу, пособия в случае смерти, проезда супруга/супруги и детей, специальной субсидии на поездку для образования, прекращения службы по причинам, связанным со здоровьем, завершения контрактов, прекращения временных контрактов, упразднения должности, окончательных выплат, неудовлетворительной работы или непригодности для международной гражданской службы, уведомления о прекращении службы, надбавок за мобильность и работу в трудных условиях для сотрудников на должностях, подлежащих заполнению на местах, сотрудников службы конференций и других сотрудников, работающих

¹ Принципы наиболее эффективной практики в деятельности Глобального партнерства в области здравоохранения на страновом уровне. Доклад Рабочей группы по глобальным партнерствам в области здравоохранения. Париж, Форум высокого уровня по ЦТР, связанным со здоровьем, 14-15 ноября 2005 г.

² См. Приложение 1.

³ Документ ЕВ118/11.

по краткосрочным контрактам, консультантов, а также национальных сотрудников категории специалистов; в отношении этих поправок Генеральный директор может принимать переходные меры.

2. ПОСТАНОВЛЯЕТ, что эти утвержденные поправки к Правилам о персонале вступают в силу при условии одобрения Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций основных положений, рекомендованных Комиссией по международной гражданской службе;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору представить Исполнительному комитету на его Сто двадцатой сессии, через Комитет по программным, бюджетным и административным вопросам, обстоятельный доклад об осуществлении этих поправок и связанных с этим расходах.

(Пятое заседание, 31 мая 2006 г.)

РЕШЕНИЯ

ЕВ118(1) Членский состав Постоянного комитета Исполкома по неправительственным организациям

Исполнительный комитет назначил д-ра Р.М. Buss (Бразилия), д-ра Ren Minghui (Китай), д-ра R.R. Jean Louis (Мадагаскар) и д-ра Siwit Wibulpolprasert (Таиланд) членами своего Постоянного комитета по неправительственным организациям на период их срока службы в Исполнительном комитете, помимо г-на О.К. Shiraliyev (Азербайджан), который уже является членом Комитета. Это было сделано при понимании того, что если какой-либо член Комитета не сможет принять участие в работе, его или ее преемник или заместитель члена Исполкома, назначенный соответствующим правительством, примет участие в работе Комитета в соответствии со статьей 2 Правил процедуры.

(Четвертое заседание, 30 мая 2006 г.)

ЕВ118(2) Членский состав Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам

Исполнительный комитет назначил членами Комитета по программным, бюджетным и административным вопросам д-ра F. Kakar (Афганистан), г-жу J. Halton (Австралия), д-ра J.K. Gøtrik (Дания), д-ра W.T. Gwenigale (Либерия), г-на N.S. de Silva (Шри-Ланка) и д-ра J. Agwunobi (Соединенные Штаты Америки) на период в два года или до периода истечения службы в Исполкоме в зависимости от того, какой период завершится раньше, помимо д-ра Jigmi Singau (Бутан), д-ра А.Н.И. Al-Shammari (Ирак), д-ра В. Wint (Ямайка), профессора J. Pereira Miguel (Португалия), д-ра J.D. Ntawukuliryayo (Руанда) и д-ра V. Tongi (Тонга), уже являющихся членами Комитета, а также д-ра F. Antezana Aranibar (Боливия), Председателя Исполкома, членом ex officio и д-ра J. Nyikal (Кения), заместителя Председателя Исполкома, членом ex officio. Это было сделано при понимании того, что если какой-либо член Комитета не сможет принять участия в работе, его или ее преемник или заместитель члена Исполкома, назначенный соответствующим правительством, примет участие в работе этого Комитета в соответствии со статьей 2 Правил процедуры.

(Четвертое заседание, 30 мая 2006 г.)

ЕВ118(3) Назначение представителей Исполнительного комитета на Шестидесятую сессию Всемирной ассамблеи здравоохранения

Исполнительный комитет, в соответствии с пунктом 1 резолюции EB59.R7, назначил своего Председателя, д-ра F. Antezana Aranibar (Боливия) и первых трех заместителей Председателя, г-на О.К. Shiraliyev (Азербайджан), д-ра В. Sadasivan (Сингапур) и д-ра Siwit Wibulpolprasert (Таиланд), представителями Исполкома на Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Это было сделано при понимании того, что если кто-либо из этих членов не сможет присутствовать на Ассамблее здравоохранения, представлять Исполком может быть предложено другому заместителю Председателя – д-ру J. Nyikal (Кения) и докладчику д-ру А.Н. Saheli (Ливийская Арабская Джамахирия).

(Четвертое заседание, 30 мая 2006 г.)

ЕВ118(4) Сроки, место проведения и продолжительность Сто девятнадцатой и Сто двадцатой сессий Исполнительного комитета

Исполнительный комитет постановил, что его Сто девятнадцатая сессия будет созвана в понедельник 6 ноября 2006 г., в штаб-квартире ВОЗ, Женева, и завершит свою работу не позднее среды 8 ноября 2006 года. Он также постановил, что его Сто двадцатая сессия будет созвана в понедельник 22 января 2007 г., в штаб-квартире ВОЗ, Женева, и завершит свою работу не позднее вторника 30 января 2007 года.

(Четвертое заседание, 30 мая 2006 г.)

ЕВ118(5) Место проведения, сроки и продолжительность Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения

Исполнительный комитет постановил, что Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения будет проведена во Дворце Наций, Женева, откроется в понедельник 14 мая 2007 г. и завершит свою работу не позднее среды 23 мая 2007 года.

(Четвертое заседание, 30 мая 2006 г.)

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

УТВЕРЖДЕНИЕ ПОПРАВК К ПРАВИЛАМ О ПЕРСОНАЛЕ¹

Доклад Секретариата

[EB118/11 – 18 мая 2006 г.]

1. Поправки к Правилам о персонале, внесенные Генеральным директором, представляются Исполнительному комитету на утверждение в соответствии с Положением о персонале 12.2².
2. Поправки, изложенные в настоящем документе, обусловлены решениями, которые, как ожидается, должны быть приняты Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций на ее возобновленной шестидесятой сессии на основе рекомендаций, сделанных Комиссией по международной гражданской службе в ее ежегодном докладе за 2005 год³. Следует напомнить, что на своей шестидесятой сессии Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций утвердила только одну рекомендацию Комиссии, а именно рекомендацию, касающуюся ставок налогообложения персонала; рассмотрение других рекомендаций Комиссии было перенесено на возобновленную шестидесятую сессию, которая открылась в марте 2006 года. Соответствующее решение, как ожидается, будет принято в мае 2006 года.
3. В поправках, изложенных ниже, учитываются также предложения Организации по реформе системы контрактов ВОЗ.
- ...
5. Текст Правил о персонале с поправками содержится в Дополнении.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КОНТРАКТОВ: СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ ЗАДАЧ И ЦЕЛЕЙ

6. В целях укрепления своего потенциала в деле удовлетворения постоянно растущих потребностей в сложном контексте здравоохранения и развития Организация определила и осуществила ряд инициатив, направленных на проведение реформы в ключевых областях своей программной деятельности и операций, в том числе на введение в практику концепции управления, ориентированного на конкретные результаты. Кроме того, в целях оказания поддержки в реализации программ были разработаны стратегии реформы тех функций

¹ См. резолюцию EB118.R5.

² *Основные документы*, 45-е изд., Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.

³ Документ A/60/30.

управления, которые способствуют осуществлению технических программ, например в области кадровых ресурсов, финансов и информационной технологии.

7. Сейчас в общей системе Организации Объединенных Наций в целом обращается особое внимание на необходимость эффективной реформы, особенно в области управления кадровыми ресурсами. Ключом к достижению успешных результатов по программам ВОЗ является более совершенная и более гибкая система контрактов и условий службы. Задачи, которые ставит перед собой Организация в настоящее время, предусматривают необходимость создания такой системы контрактов, которая позволяла бы набирать на работу и удерживать талантливых сотрудников на всех уровнях, которые способны руководить работой крупных и сложных программ и выступать в роли как специалистов в своих областях знаний, так и многоопытных, разносторонних и мобильных людей, которые могут работать в различных профессиональных группах и географических районах. Нынешние формы контрактов, которые носят бюрократический характер и лишены логической последовательности, не адаптированы к потребностям ВОЗ и, тем самым, ограничивают способность Организации реагировать на изменение нужд и потребностей.

8. Как следствие цель работы по реформе системы контрактов заключается в создании такой системы, которая служила бы интересам программ и оперативных потребностей ВОЗ, позволяя удерживать и укреплять кадровые ресурсы в составе высококвалифицированных работников за счет более строгого соблюдения принципа объективности и справедливости среди сотрудников в части условий службы. С учетом этого, предлагаемые общие положения, лежащие в основе системы контрактов, направлены на повышение эффективности, производительности и отдачи от работы как всей Организации в целом, так и ее сотрудников, при одновременном снижении административных и транзакционных расходов посредством сбалансированной увязки этих улучшений с потенциальными расходами, которые напрямую связаны с обеспечением большей справедливости в части заработной платы и соответствующих льгот.

9. Цели предлагаемой реформы системы контрактов заключаются в следующем: (a) обеспечить большее соответствие системы контрактов программным и оперативным потребностям Организации; (b) создать такое положение, при котором система контрактов способствовала бы повышению эффективности, компетентности и подотчетности сотрудников Организации; (c) обеспечить, чтобы система контрактов содействовала повышению мобильности сотрудников и их продвижению по службе; (d) привести типы контрактов в полное соответствие с утвержденными средствами, предусмотренными в планах развития кадровых ресурсов, и с характером и продолжительностью соответствующих функций; (e) отменить принцип привязки условий службы, пособий и льгот к характеру поста и - что больше соответствует реальной ситуации - увязать их со стажем работы каждого сотрудника, эффективностью его работы и продолжительностью назначения; (f) обеспечить рационализацию системы контрактов и облегчить ее применение; и (g) создать систему контрактов и соответствующие условия службы, которые носят справедливый и прозрачный характер, строятся на принципе равной оплаты за равный труд и, в результате этого, отражают на справедливой и объективной основе ценность той или иной конкретной работы и вклад в нее всех сотрудников, независимо от того, по каким контрактам они работают: непрерывным, срочным или временным.

10. Предлагаемые общие положения, на которых строится система контрактов, разработаны на основе накопленного опыта и уроков, извлеченных из реформы, проведенной в 2002 году. В них также учитываются рекомендации по реформе системы контрактов, сделанные Комиссией по международной гражданской службе Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, и доклад Генерального секретаря Организации Объединенных Наций "Инвестирование в Организацию Объединенных Наций: на пути к усилению Организации по

всему миру"¹. Кульминационным моментом общеорганизационного процесса явилось проведение 3-4 апреля 2006 г. внеочередного совещания Глобального совета персонала/руководства ВОЗ.

11. В настоящее время насчитывается большое число сотрудников, работающих по срочным контрактам, служебный статус которых не отражает их вклад в работу Организации с течением времени, - ситуация, которая представляет собой существенный барьер на пути к обеспечению преемственности в вопросах управления, мобильности, ротации и служебного роста. В итоге это сдерживает работу Организации по привлечению, удержанию и дальнейшему повышению квалификации компетентных и преданных своему делу международных гражданских служащих.

12. Сотрудники, работающие по временным контрактам двух типов, которые существуют в настоящее время (краткосрочные и временные), сталкиваются с аналогичными трудностями. Планирование потребностей во временных сотрудниках и контроль за удовлетворением этих потребностей отнюдь не отвечают установленным требованиям, что ведет в значительной мере к неудовлетворенности со стороны как руководства, так и самих сотрудников. Хотя цель временных контрактов состояла в упрощении и облегчении работы с ними, тем не менее, их применение оказалось исключительно трудоемким и отнимающим много времени. Кроме того, хотя сотрудники, работающие по временным контрактам, должны удовлетворять таким же высоким требованиям с точки зрения эффективности, как и их коллеги, работающие по долгосрочным контрактам, и несмотря на то, что им приходится все чаще и чаще работать в трудных местах, сопряженных с высоким риском, и в сложных условиях, причем в пропорционально большем количестве по сравнению с сотрудниками, работающими на более продолжительных контрактах, тем не менее, такие временные сотрудники не пользуются теми же условиями службы, которыми пользуются сотрудники, работающие по срочным контрактам. К тому же они отличаются от условий службы, которые созданы в других организациях общей системы Организации Объединенных Наций, особенно в тех, которые располагают большим числом сотрудников, работающих на местах.

13. В соответствии с изложенными выше задачами и целями, предлагаемые основные положения системы контрактов предусматривают три типа контрактов:

- **непрерывный контракт:** это контракт без указания предельного срока, который предоставляется после не менее пяти лет непрерывной фактической работы на временном контракте и подтверждения того факта, что сотрудник удовлетворяет установленным требованиям. Продолжение работы по таким контрактам будет зависеть от таких факторов, как дальнейшая потребность в данной работе и наличие финансовых средств;
- **срочный контракт:** это ограниченный во времени контракт, который выдается на один год или более. Он может быть продлен при условии, что общая продолжительность службы по следующим друг за другом срочным контрактам не превышает пяти лет. В порядке исключения такие контракты могут быть продлены максимум еще на один год. В течение этого времени проводится оценка показателей работы и квалификации данного сотрудника в целях его перевода на непрерывный контракт;
- **временный контракт:** это ограниченный во времени контракт, предоставляемый не более чем на два года, для удовлетворения краткосрочных потребностей в таких

¹ Документ A/60/692.

случаях, как пиковая рабочая нагрузка или другие конкретные нужды, ограниченные во времени. Если срок действия временного контракта составляет менее двух лет, то он может быть продлен, при условии что общая продолжительность непрерывной работы по следующим друг за другом временным контрактам не превышает двух лет. Сотрудник, который проработал в течение всей максимальной продолжительности службы на одном или нескольких временных контрактах, может быть снова взят на работу в Организацию только по истечении 30 календарных дней с момента прекращения службы.

14. Введение в действие практики преобразования срочного контракта в непрерывный контракт позволит придать статусу такого контракта большую объективность и справедливость среди сотрудников, работающих на длительных контрактах. Оно также обеспечит большую прозрачность, открытость и подотчетность в вопросах организации служебной деятельности сотрудников. Дальнейшее совершенствование системы организации служебной деятельности будет содействовать повышению объективности и справедливости решений, связанных с преобразованием срочных контрактов в непрерывные. Продление срочных контрактов будет зависеть от наличия финансовых средств, потребностей Организации и подтверждения того факта, что данный сотрудник удовлетворяет установленным требованиям.

15. Предлагаемая система временных контрактов позволит существенно укрепить работу по планированию потребностей во временных функциях и контролю за их удовлетворением. В соответствии с принципом управленческой подотчетности и ответственности за осуществление программ, руководители обязаны принимать взвешенные и обоснованные решения в отношении как продолжительности, так и характера функций, которые необходимы для удовлетворения данных потребностей Организации. Система контрактов будет проще в применении, а эффективность осуществления программ будет повышена в результате того, что независимо от потребностей программы предусмотренный перерыв в работе будет не нужен. Сотрудники будут располагать надежной информацией об имеющихся возможностях временной работы, которые будут указываться в планах управления кадровыми ресурсами, а также будут более точно знать о продолжительности их контракта. Это позволит сотрудникам лучше организовать свою личную жизнь и профессиональную деятельность и работать в условиях большей объективности и справедливости. Кроме того, это позволит повысить конкурентоспособность Организации и расширить ее возможности по привлечению компетентных и опытных сотрудников для удовлетворения временных потребностей, особенно в случае работы на местах, где другие учреждения предлагают более привлекательные и надежные системы контрактов.

16. Предлагаемые общие положения, которые положены в основу системы контрактов, имеют целый ряд существенных особенностей:

- характер и срок действия контрактов будет непосредственно увязываться с планами в области управления кадровых ресурсов
- материальное вознаграждение будет зависеть не от характера контракта, а скорее от продолжительности назначения и непрерывного стажа работы
- условия службы пересмотрены в целях обеспечения большей справедливости и объективности, простоты и удобства в применении системы контрактов и использования наиболее эффективных видов практики в области кадровых ресурсов, в том числе в условиях, когда нужна помощь в работе
- прекращение практики постоянных/служебных контрактов и их замена непрерывными контрактами

- первый год срочного контракта будет, как и прежде, испытательным
- максимальная продолжительность любой временной функции будет составлять два года непрерывной службы. Если эта функция будет нужна и по прошествии этого периода, то руководитель должен будет просить о создании должности, заполняемой по срочному контракту, в соответствии с установившейся практикой планирования и формирования бюджета, необходимого для удовлетворения потребностей данной программы. Это необходимо сделать до истечения указанного выше двухлетнего периода
- максимальная продолжительность временного контракта будет составлять два года непрерывной службы
- статус сотрудников консультантам более предоставляться не будет.

ПОПРАВКИ К ПРАВИЛАМ О ПЕРСОНАЛЕ

Введение

Применение

17. В Правило о персонале 030 была внесена поправка с целью дать Генеральному директору возможность предоставлять временные контракты на срок 60 дней или менее на условиях, иных чем те, которые предусмотрены Правилами о персонале; цель этой поправки также заключается в том, чтобы привести ее в соответствие с измененным Правилем 1320, регламентирующим наем сотрудников для обслуживания совещаний, а также других сотрудников, работающих по краткосрочным контрактам.

Фактическая дата

18. В Правило о персонале 040 была внесена поправка с целью отразить фактическую дату введения в действие Правил о персонале с внесенными поправками.

Раздел 3 - Оклады, коррективы по месту службы, пособия и выплаты

Определение оклада

19. В Правило о персонале 320.1 была внесена поправка с целью обеспечить применение равных условий определения окладов применительно ко всем сотрудникам.

20. Правила о персонале 320.2, 320.2.1 и 320.2.2 были исключены с целью отразить тот факт, что определение окладов временных сотрудников в настоящее время охватывается Правилем о персонале 320.1. Вследствие этого нумерация Правил о персонале 320.3, 320.4, 320.4.1, 320.4.2 и 320.5 была соответствующим образом изменена.

Чистый базовый оклад при повышении в должности

21. В Правило о персонале 320.3 была внесена дополнительная поправка с целью указать, что оно применяется только к сотрудникам, работающим на непрерывных или срочных контрактах.

Чистый базовый оклад при понижении в должности

22. В Правило о персонале 320.4 была внесена дополнительная поправка с целью указать, что оно применяется только к сотрудникам, работающим на непрерывных или временных контрактах.

Временное возложение ответственности по выполнению должностных функций более высокого класса

23. В Правило о персонале 320.5 была внесена дополнительная поправка с целью указать, что оно применяется только к сотрудникам, работающим на непрерывных или срочных контрактах.

Выплата чистого базового оклада временным сотрудникам категории специалистов и выше

24. Правило о персонале 330.3 было исключено в связи с применением одинаковых условий ко всем сотрудникам, работающим на непрерывных, срочных или временных контрактах.

Пособие на иждивенцев

25. В Правило о персонале 340 была внесена поправка с целью обеспечить применение одинаковых условий выплаты пособия на иждивенцев всем сотрудникам категории специалистов и выше.

Специальная субсидия на образование для детей-инвалидов

26. В Правило о персонале 355.1 была внесена поправка, чтобы равные условия для получения прав на такую субсидию применялись ко всем сотрудникам. Была также изъята ссылка на консультантов.

Надбавка за мобильность и работу в трудных условиях

27. В Правило о персонале 360.1 была внесена поправка, а изъятый из этого Правила текст был использован для составления правил о персонале 360.1. и 360.2. Бывшие Правила о персонале 360.1.1, 360.1.2, 360.1.3, 360.1.4 и 360.2 были исключены. Кроме того, было включено Правило о персонале 360.1.2 для отражения применимости надбавок за мобильность и работу в трудных условиях как к сотрудникам, которые назначены или переведены в официальное место службы на период в один год или более, так и к сотрудникам, которые назначены или переведены в официальное место службы на первоначальный период сроком менее одного года, назначение или перевод которых впоследствии было продлено так, что непрерывный период службы в этом официальном месте службы составляет один год или более.

28. Упомянутые выше поправки были сделаны также для того, чтобы отразить рекомендации Комиссии по международной гражданской службе, сделанные для Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций в отношении пересмотренной системы мобильности и работы в трудных условиях. Кроме того, соответствующие положения были значительно отредактированы с целью обеспечения простоты и четкости, а также с тем, чтобы обеспечить сосредоточение содержания скорее на нормативных, чем на процедурных требованиях.

29. Последнее предложение Правила о персонале 360.3 о классификации официальных мест службы ранее содержалось в Правило о персонале 360.1.

Подъемное пособие

30. Правило о персонале 365.1 было незначительно изменено, и его текст был перенесен в Правило о персонале 365.1.1; было также принято новое Правило о персонале 365.1.2. Цель этих изменений состоит в том, чтобы указать, что подъемное пособие выплачивается после назначения или перевода на другую должность в официальное место службы на период не менее одного года, или после продления первоначального назначения или перевода в официальное место службы на период менее одного года, в результате чего непрерывный срок службы в официальном месте службы составит один год или более.
31. Текст, ранее содержащийся в Правиле о персонале 365.1 о суммах подъемного пособия, был использован для составления Правила о персонале 365.2, и нумерация Правил 365.1.1 и 365.1.2 была соответствующим образом изменена.
32. Правило о персонале 365.3 было исключено и включено новое Правило о персонале 365.3 для отражения рекомендаций Комиссии по международной гражданской службе для Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций о подъемном пособии. Эти изменения также были внесены в целях упрощения и большей четкости. Новое Правило о персонале 365.3 устанавливает нормативные критерии и требования, которые применяются к увеличению подъемных пособий при назначении на службу на одну или более единовременных выплат.
33. В результате указанных выше поправок нумерация Правил о персонале 365.2, 365.4 и 365.5 была изменена.

Служебные надбавки

34. Правило о персонале 367, предусматривающее выплату служебных надбавок сотрудникам, работающим по временным контрактам, было исключено, так как такие надбавки более не были целесообразными с учетом большей справедливости в выплатах и пособиях и других вознаграждениях, предоставляемых сотрудникам, работающим по временным контрактам, в соответствии с исправленными Правилами о персонале.

Раздел 4 - Прием и назначение на должности

Политика в области назначения на должности

35. Правило о персонале 420 было изменено для отражения новой системы назначений.
36. Было добавлено новое Правило о персонале 420.1, в котором перечисляются новые виды назначений.
37. Нумерация Правил о персонале 420.1, 420.2 и 420.3 была изменена, и в них были внесены поправки для отражения определений, соответственно, непрерывных, срочных и временных назначений.
38. Нумерация Правил о персонале 420.4 и 420.5 была изменена, и перекрестные ссылки, содержащиеся в Правиле о персонале 420.5, на Правило о персонале 420.2 и 420.3 были исправлены для указания, соответственно, Правил о персонале 420.3 и 420.4.
39. Нумерация Правила о персонале 420.6 была изменена, и в него была внесена поправка для указания того, что оно применяется только к сотрудникам, работающим по срочным контрактам.

Восстановление прав после повторного приема на работу

40. В Правило о персонале 470 было внесено исправление в целях достижения большей четкости путем добавления слов "восстановление прав", так как в этом Правиле речь идет о восстановлении прав после повторного приема на работу. Кроме того, перекрестная ссылка на Правило о персонале 420.3 была исправлена для указания Правила о персонале 420.4. Также была исключена ссылка на консультантов.

Межорганизационные переводы

41. В Правило о персонале 480.1.3 была внесена поправка для исправления перекрестной ссылки на Правило о персонале 420.5, номер которого был изменен на Правило о персонале 420.6.

Раздел 5 - Результаты деятельности и изменение статуса

Окончание испытательного периода

42. В Правило о Персонале 540.1 была внесена поправка для исправления перекрестной ссылки на Правило о персонале 420.6, номер которого был изменен на 420.7.

Повышение в рамках класса должности

43. В Правило о персонале 550.1 была внесена поправка для отражения того факта, что оно применяется ко всем сотрудникам, а также для уточнения того, что предложение "дата вступления в силу наступает не ранее, чем дата утверждения назначения" применяется только к сотрудникам, работающим по срочным контрактам, и в зависимости от результатов испытательного периода. Правило о персонале 550.3 было исправлено, для того чтобы заменить слова "лингвистический персонал" ссылкой на "персонал служб конференций и другой персонал, работающий по краткосрочным контрактам", назначенный в соответствии с исправленным Правилom о персонале 1320.

Повышение в должности

44. Правила о персонале 560.1, 560.2, 560.3 и 560.4 были исправлены для указания того факта, что они применяются только к сотрудникам, работающим по непрерывным и срочным контрактам. Кроме того, содержащаяся в Правиле о персонале 560.3 перекрестная ссылка на Правило о персонале 320.5 была исправлена для указания Правила о персонале 320.4.

Назначение на другую должность

45. Правила о персонале 565.1, 565.2, 565.3 и 565.4 были исправлены для указания того, что условия "назначения на другую должность", как они определены в Правиле о персонале 565.1, применяются только к сотрудникам, работающим по постоянным и срочным контрактам. Кроме того, содержащаяся в Правиле о персонале 565.4 перекрестная ссылка на Правило о персонале 320.5 была изменена для указания Правила о персонале 320.4.

Раздел 6 - Рабочее время и отпуск

Ежегодный отпуск

46. Правило о персонале 630.3.1 было изменено для исключения ссылки на сотрудников, работающих на условиях "фактической занятости", так как эти условия были упразднены с учетом реформы системы контрактов.

47. Нумерация Правила о персонале 630.3.2 была изменена, и его текст был исправлен для исключения ссылки на сотрудников, работающих по временным контрактам. Текст этого Правила о персонале был далее исправлен, чтобы включить ссылку на сотрудников службы конференций и других сотрудников, работающих по краткосрочным контрактам, назначенных в соответствии с исправленным Правилom о персонале 1320.

48. Правило о персонале 630.3.3 было исключено, чтобы устранить ссылку на консультантов.

49. В результате этих поправок нумерация Правил о персонале 630.3.4 и 630.3.5 была изменена.

Отпуск на родину

50. Правило о персонале 640.3.3 было изменено, чтобы указать, что отпуск на родину применяется к сотрудникам, работающим по временным контрактам, и не применяется к национальным сотрудникам категории специалистов, назначенным в соответствии с Правилom о персонале 1330.

Отпуск для прохождения военной подготовки или воинской службы

51. Правило о персонале 660.1 было изменено для исправления ссылки на Правило о персонале 420.3, номер которого был изменен на Правило о персонале 420.4, и для устранения ссылки на консультантов.

Раздел 7 - Социальное обеспечение

Страхование от несчастных случаев и болезней

52. В Правило о персонале 720.1.1 о страховании здоровья сотрудников и Правило о персонале 720.2.1 о страховании от несчастных случаев и болезней были внесены исправления, чтобы они применялись в равной степени ко всем сотрудникам. Соответственно, Правило о персонале 720.2.2 было исключено.

Отпуск по болезни

53. Правило о персонале 740.1 было изменено для устранения ссылки на сотрудников, принятых на условиях "фактической занятости", так как эта форма работы была прекращена в соответствии с предложенными основными положениями системы контрактов. В Правиле о персонале 1330 ссылка на консультантов также была исключена.

Отпуск по уходу за ребенком, предоставляемый матери и отцу

54. Правило о персонале 760.1 было изменено для отражения того факта, что сотрудники имеют право на отпуск по уходу за ребенком, предоставляемый матери и отцу, на условиях, установленных Генеральным директором.

55. Правило о персонале 760.2 было исправлено, а Правило о персонале 760.3 было исключено для указания того факта, что положение об отпуске по беременности и родам применяется в равной степени ко всем сотрудникам (за исключением тех, которые указаны в Правиле о персонале 1320). Нумерация Правил о персонале 760.4, 760.5 и 760.6 была соответствующим образом изменена.

56. Правило о персонале 760.6 было изменено для указания того факта, что положение об отпуске по уходу за ребенком, предоставляемом отцу, применяется в равной мере ко всем сотрудникам.

Пособие в случае смерти

57. Правило о персонале 770.1 было изменено для предоставления права на пособие в случае смерти в равной степени всем сотрудникам и устранения ссылки на Правило о персонале 1330 о консультантах.

Раздел 8 - Проезд и перевозки

Проезд супруги/супруга и детей

58. Правила о персонале 820.2 и 820.2.1 были изменены для предоставления права на возмещение расходов по проезду для супруги/супруга и детей в равной степени для всех сотрудников при назначении на период не менее одного года, а также при продлении первоначального назначения на период менее одного года, в результате чего период непрерывной службы составит один год или более.

Специальная субсидия на поездку для образования

59. В Правило о персонале 825 о специальной субсидии на поездку для образования была внесена поправка, с тем чтобы оно могло применяться к сотрудникам, работающим по временным контрактам. Оно было далее изменено для указания того, что оно не применяется к национальным сотрудникам категории специалистов в соответствии с Правилем о персонале 1330, номер которого был изменен. Была также исключена ссылка на консультантов.

Раздел 10 - Прекращение службы

Прекращение службы по причинам, связанным со здоровьем

60. В Правило о персонале 1030.2.2 была внесена поправка для указания того факта, что возможности назначения на другую должность до прекращения контракта по причинам, связанным со здоровьем, будут изучаться только в том случае, если сотрудник работает по непрерывному или срочному контракту.

61. В Правило о персонале 1030.3.1 была внесена поправка для указания того, что в случае прекращения контракта по причинам, связанным со здоровьем, сотрудники, работающие по непрерывным или срочным контрактам, получают уведомление за три месяца, а сотрудники, работающие по временным контрактам, получают уведомление за один месяц.

Завершение контрактов

62. В Правило о персонале 1040 была внесена поправка для добавления требования о том, что, в случае решения о непродлении контракта сотруднику, работающему по временному контракту, сотрудник получает об этом уведомление обычно не менее чем за один месяц до

истечения контракта. Это Правило о персонале было далее изменено для указания того факта, что такое уведомление не требуется в случае сотрудника, работающего по временному контракту, который достиг максимальной длительности беспрерывной службы по нескольким последовательным временным контрактам.

Прекращение временных контрактов

63. Новое Правило о персонале 1045 было включено для указания того факта, что временный контракт может быть прекращен на основаниях, указанных в Правиле о персонале 1030 (прекращение по причинам, связанным со здоровьем), в Правиле о персонале 1075 (прекращение в результате неправильного поведения) и в Правиле о персонале 1080 (прекращение из-за невыхода на работу). Оно было принято также для того, чтобы указать требования, включая уведомление и выплаты, связанные с прекращением службы, применяемые к прекращению временных контрактов по следующим причинам: в результате прекращения временных функций, в результате того, что работа сотрудника считается неудовлетворительной, или в связи с тем, что сотрудник оказался неподходящим для работы или международной гражданской службы.

Упразднение должности

64. В Правило о персонале 1050.2 была внесена поправка, с тем чтобы оно относилось скорее к "непрерывным назначениям", чем к "служебным назначениям".

65. В Правило о персонале 1050.3 была внесена поправка, с тем чтобы оно относилось скорее к "непрерывным назначениям", чем к "служебным назначениям".

Окончательные выплаты

66. В Правило о персонале 1050.4 была внесена поправка, с тем чтобы в нем была учтена выплата выходного пособия сотруднику, работающему по временному контракту, функции которого прекращаются согласно новому Правилу о персонале 1045.

Неудовлетворительная работа или непригодность для международной гражданской службы

67. В Правила о персонале 1070.1, 1070.2, 1070.3 и 1070.4 были внесены поправки для указания того, что эти Правила о персонале применяются только к сотрудникам, работающим по непрерывным или срочным контрактам.

Уведомление о прекращении службы

68. В Правило о персонале 1083 была внесена поправка для указания того, что уведомление о прекращении службы в соответствии с Правиле о персонале 1045 не может быть направлено сотруднику, находящемуся в отпуске по беременности и родам.

Раздел 13 - Специальные условия работы

Надбавка за мобильность и работу в трудных условиях для сотрудников на должностях, подлежащих заполнению на местах

69. В Правило о персонале 1310.5 была внесена поправка для добавления слов "общей системы Организации Объединенных Наций" после ссылки "международные организации" в

отношении сотрудников, принятых на работу за пределами местного района на должности, подлежащие заполнению на местах.

Сотрудники службы конференций и другие сотрудники, работающие по краткосрочным контрактам

70. Название Правила о персонале 1320 было изменено на "Сотрудники службы конференций и другие сотрудники, работающие по краткосрочным контрактам", в результате чего была исключена ссылка на "временные назначения". В это Правило о персонале были также внесены изменения для приведения его в соответствие с поправками, сделанными в Правиле о персонале 030.

Консультанты

71. Правило о персонале 1330 о консультантах было исключено.

Национальные сотрудники категории специалистов

72. Номер Правила о персонале 1340.1 был изменен, а термин "посты" заменен на термин "назначения". Номер Правила о персонале 1340.2 также был изменен, и соответствующим образом исправлена перекрестная ссылка на Правило о персонале 1340.1, которое стало Правилем о персонале 1330.1.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

73. [Этот пункт содержал проект резолюции, который был принят на пятом заседании в качестве резолюции EB118.R5]

Дополнение

TEXT OF AMENDED STAFF RULES

030. APPLICATION

The Staff Rules shall apply to all staff members of the World Health Organization, except as specifically provided in any particular Rule herein. Nothing in the present Rules shall be interpreted as preventing the Director-General from making temporary appointments of 60 days or less with terms of service different from those provided in the present Rules, where he or she considers that the interests of the service so require.

040. EFFECTIVE DATE

These Staff Rules are effective as from 1 January 2007 and supersede all Rules in force before that date. All subsequent modifications shall become effective as from the date shown thereon.

.....
320. SALARY DETERMINATION

320.1 On appointment, the net base salary of staff members shall normally be fixed at step 1 of the grade of the post or function to be occupied; however, in accordance with guidelines established by the Director-General, it may be fixed at a higher step in the grade in order to take into account a staff member's qualifications, skills and experience in relation to the requirements of the post or function.

320.2 On promotion of a staff member with a continuing or fixed-term appointment to a higher grade, the net base salary of a staff member shall be fixed at the lowest step in the new grade that will provide an increase in net base salary for promotion within the same salary scale or total net remuneration for promotion from the general service to the professional category, at least equal to that which would have resulted from the granting of two steps within the staff member's present grade. However, on restoration to a higher grade formerly held, the staff member's net base salary shall not exceed that which would have been attained had the staff member remained in the higher grade.

320.3 On reduction in grade of a staff member with a continuing or fixed-term appointment:

320.3.1 due to reasons other than unsatisfactory performance, unsuitability for international service, or misconduct, the net base salary of a staff member shall be fixed at that step in the lower grade that corresponds to his current net base salary, or at the step nearest below if there is no exactly corresponding step;

320.3.2 due to unsatisfactory performance, unsuitability for international service, or misconduct, the net base salary may be fixed at a lower step in the lower grade.

320.4 A staff member with a continuing or fixed-term appointment may be officially required to assume temporarily the responsibilities of an established post of a higher grade than that

which he occupies; such temporary arrangements shall not be continued for more than 12 months, unless otherwise decided by the Director-General. As from the beginning of the fourth consecutive month of such service, the staff member shall be granted non-pensionable extra pay normally equal to, but not exceeding, the difference between his current pay, consisting of net base salary, post adjustment and allowances, and that which he would receive if promoted to the post of higher grade.

.....

340. DEPENDANTS' ALLOWANCES

Staff members appointed to the professional or higher categories, are entitled to a dependant's allowance for dependants as defined in Rule 310.5, as follows:

...

.....

355. SPECIAL EDUCATION GRANT FOR DISABLED CHILDREN

- 355.1 Staff members are entitled to a special education grant in respect of any physically or mentally disabled child, recognized as dependant under Rule 310.5.2, up to the end of the year in which such child reaches the age of 28, under conditions established by the Director-General. In cases where an education grant is payable under Rule 350, the total of the amounts payable under Rules 350 and 355 shall not exceed the applicable maximum.
-

360. MOBILITY AND HARDSHIP ALLOWANCE

- 360.1 The following staff members shall receive a non-pensionable mobility and hardship allowance designed to recognize varying degrees of hardship at different official stations and provide incentives for mobility, in accordance with conditions established by the Director-General:
- 360.1.1 staff members, except those appointed under Rules 1310 and 1330, who are assigned or transferred to an official station for a period of one year or longer; and
 - 360.1.2 staff members, except those appointed under Rules 1310 and 1330, who are assigned or transferred to an official station for an initial period of less than one year, and whose assignment or transfer is subsequently extended so that the uninterrupted period of service at that official station is one year or longer.
- 360.2 The allowance is composed of three elements: mobility, hardship and non-removal, and shall be paid as determined by the Director-General on the basis of conditions and procedures agreed among the international organizations in the United Nation's common system.

- 360.3 Official stations shall be categorized according to conditions of life and work and on the basis of criteria agreed among the international organizations in the common system for classifying official stations. Headquarters, North American and European official stations and similar designated locations shall be categorized H official stations, whereas all other official stations shall be categorized from A to E.
-

365. ASSIGNMENT GRANT

- 365.1 A staff member whose travel is authorized shall be paid an assignment grant:
- 365.1.1 upon appointment or upon reassignment to an official station for a period of at least one year; or
 - 365.1.2 upon extension of an initial appointment or reassignment to an official station of less than one year, resulting in an uninterrupted period of service at that official station of one year or longer.
- 365.2 The amount of the assignment grant shall be the equivalent of:
- 365.2.1 travel per diem in respect of himself for a period of 30 days from his arrival;
 - 365.2.2 travel per diem, in respect of each family member accompanying or joining him at the Organization's expense under Rule 820, except for children eligible for travel under Rule 820.1.4, for 30 days at half the rate after their arrival.
- 365.3 Subject to conditions established by the Director-General on the basis of conditions and procedures agreed among international organizations in the United Nations common system, the assignment grant shall be increased by one or more lump sums, depending on the category of the official station, whether the staff member is entitled to removal under Rule 855.1, and the duration or expected duration of the assignment at that official station. The lump sum shall be calculated and payable on the basis of the staff member's net base salary and, as applicable, the post adjustment at the official station to which the staff member is assigned at his grade and step, and rates determined by the Director-General.
- 365.4 No assignment grant shall be paid for children born, or for any other dependant acquired, after the arrival of the staff member at the official station.
- 365.5 If a staff member resigns from the Organization within six months of the date of his appointment or reassignment, any assignment grant paid under Rules 365.2 and 365.3 is recoverable proportionately under conditions established by the Director-General.
- 365.6 If both spouses are staff members of international organizations applying the common system of salaries and allowances at the same official station, the grant under Rule 365.2.1 shall be payable to each staff member. The amount under Rule 365.2.2 shall be payable to the staff member in respect of whom the child is recognized as a dependant, whereas the amount under Rule 365.3 shall be payable to the spouse whose entitlement yields the higher amount.
-

420. APPOINTMENT POLICIES¹

420.1 Staff members may be granted continuing, fixed-term or temporary appointments as defined below.

420.2 A “continuing appointment” is an appointment without specified time-limit. A continuing appointment shall be granted after a minimum of five years’ uninterrupted, active service on fixed-term appointments and certified satisfactory performance.

420.3 A “fixed-term appointment” is a time-limited appointment of one year or more. A fixed-term appointment may be extended, provided that the total duration of service under consecutive fixed-term appointments does not exceed five years. Exceptionally, service on such appointments may be further extended, for up to one additional year, in accordance with conditions determined by the Director-General.

420.4 A “temporary appointment” is a time-limited appointment of up to two years. If the temporary appointment is of less than two years, it may be extended, provided that the total duration of uninterrupted service under consecutive temporary appointments does not exceed two years. A staff member who has completed the maximum period of uninterrupted service on one or more temporary appointments may not be employed by the Organization unless more than 30 calendar days have elapsed since his separation from service. Any future employment is subject to conditions established by the Director-General.

420.5 Appointments may be on a full-time or part-time basis.

420.6 All staff, including staff members seconded to the Organization, shall be appointed initially on fixed-term appointments as defined in Rule 420.3, or on temporary appointments as defined in Rule 420.4.

420.7 Any fixed-term appointment of one year or more shall be subject to a period of probation, which shall be at least one year and may be extended up to two years when necessary for adequate evaluation of the staff member’s performance, conduct and suitability to international service.

.....

470. REINSTATEMENT UPON RE-EMPLOYMENT

470.1 Staff members, except those holding temporary appointments as defined in Rule 420.4, who are re-employed within one year of the termination of their appointment, may, at the option of the Organization, be reinstated. In such cases they shall have restored to them the status which they held upon termination, and the intervening absence shall be charged to annual leave and leave without pay as necessary. They shall refund to the Organization all separation payments made to them.

.....

¹ Staff members holding career-service and service appointments on 1 January 2007, shall have such appointments automatically converted to continuing appointments.

480. INTERORGANIZATION TRANSFERS

...

480.1.3 shall be appointed on a fixed-term appointment in accordance with Staff Rule 420.6, and serve the same probationary period as a newly appointed staff member, except for appointees transferred from the Pan American Health Organization;

540. END OF PROBATION

540.1 A performance evaluation report (see Rule 530.2) shall be made before the end of the normal probationary period (see Rule 420.7). On the basis of this report a decision shall be taken, and notified to the staff member, that the:

540.1.1 appointment is confirmed;

540.1.2 probationary period is extended for a specified period;

540.1.3 appointment is not confirmed and is to be terminated.

550. WITHIN-GRADE INCREASE

550.1 Staff members whose performance has been certified by the supervisors as being satisfactory shall be entitled to a within-grade salary increase of one step upon completion of each unit of service time as defined in Rule 550.2. For staff members holding fixed-term appointments subject to a period of probation, the date of entitlement shall not be earlier than the date of confirmation of the appointment except as provided in Rule 480. The effective date for a within-grade increase shall be the first of the month nearest the date of satisfactory completion of the service requirement. Increases may be granted up to the maximum for the staff member's grade except that, if either Rule 555.2 or Rule 1310.9 applies, the normal maximum may be exceeded accordingly.

...

550.3 The unit of service time shall be reduced to ten months under Rule 550.2.1 and to twenty months under Rule 550.2.2 in the case of staff members who have demonstrated, by passing a prescribed test, proficiency of a second official language of the Organization. Staff members whose mother tongue is one of the official languages of the Organization must demonstrate proficiency in a second official language. This Rule applies to staff members in the professional and higher categories except for conference and other short-term service staff appointed under Rule 1320, e.g., translators, editors, revisers and interpreters.

560. PROMOTION (see Staff Regulation 4.4)

560.1 Promotion is the advancement of a staff member with a continuing or fixed-term appointment to a post of higher grade, as a result either of the reclassification of the post he occupies or of reassignment to a different post.

560.2 Subject to Rule 560.3, a staff member with a continuing or fixed-term appointment shall be entitled to the promotion resulting from a reclassification of the post he or she occupies if he or she has the necessary qualifications and his or her performance has been satisfactory.

560.3 If an occupied post is reclassified from the general service category to the professional category or by more than one grade within a category, the post shall be announced to the staff and selection for that post shall be on a competitive basis, subject to conditions to be determined by the Director-General. In such cases, the staff member with a continuing or fixed-term appointment occupying the advertised post may be granted extra pay as from the fourth consecutive month of the effective date of the reclassification calculated in accordance with the provisions of, and with due regard to, the period specified in Rule 320.4.

560.4 A staff member with a continuing or fixed-term appointment whose performance has been satisfactory, may at any time be considered for reassignment to a post of higher grade for which he or she has the qualifications.

.....

565. REASSIGNMENT

565.1 A reassignment is any formal movement of a staff member with a continuing or fixed-term appointment from one post to another. It may involve a change in title, grade, duties, salary, post adjustment or official station, or a combination of these changes.

565.2 A staff member with a continuing or fixed-term appointment may be reassigned whenever it is in the interest of the Organization to do so. A staff member with a continuing or fixed-term appointment may at any time request consideration for a reassignment in his own interest.

565.3 So far as practicable, vacancies in posts in the professional category and above shall be filled by the reassignment of staff members with continuing or fixed-term appointments between the different activities and offices of the Organization in the interest of developing a versatile career staff. In accepting appointment, a staff member with a continuing or fixed-term appointment accepts the applicability of this policy to himself.

565.4 A staff member with a continuing or fixed-term appointment may be required, without formal reassignment and in the interests of the Organization, to perform duties of a post other than his own, due regard being given to the provisions of Rule 320.4. Any such arrangement shall not exceed twelve months, unless otherwise decided by the Director-General.

.....

630. ANNUAL LEAVE

...

630.3 Annual leave accrues to all staff members except:

630.3.1 to conference and other short-term service staff appointed under Rule 1320 engaged on a daily basis;

630.3.2 to those on leave without pay under Rule 655.1 in excess of 30 days;

630.3.3 to those on special leave under insurance coverage in excess of 30 days.

640. HOME LEAVE

...

640.3.3 they are not locally recruited under Rules 1310 and 1330; and

660. LEAVE FOR MILITARY TRAINING OR SERVICE

660.1 Upon application, staff members, except those holding temporary appointments as defined in Rule 420.4, may be granted leave of absence for military training or service required by their government for a period not exceeding one year in the first instance but subject to extension on request. At the staff members' option, such absence shall be charged as either leave without pay or as annual leave to the extent accrued and thereafter to leave without pay. During any period of leave without pay for this purpose the provisions of Rule 655.2 shall apply.

720. ACCIDENT AND ILLNESS INSURANCE

720.1 Staff Health Insurance:

720.1.1 Staff members shall participate in the Organization's Staff Health Insurance, and their spouse and eligible dependants shall also be covered by it, in accordance with rules established by the Director-General in consultation with the staff. Staff members shall contribute to the cost.

720.2 Accident and Illness Insurance:

720.2.1 Staff members shall be insured against the risk of disability or accidental death to the extent provided for in the Organization's accident and illness insurance policy relating to them. Staff members shall contribute to the cost.

740. SICK LEAVE

740.1 Staff members, except those excluded by the Director-General under the provisions of Rule 1320 who are unable to perform their duties because of illness or injury, or whose attendance is prevented by public health requirements, may be granted sick leave with pay in the following amounts:

...

740.1.4 a staff member appointed for a period of less than one year, and paid on a monthly basis may be granted sick leave proportionate to the duration of the appointment.

760. MATERNITY AND PATERNITY LEAVE

760.1 Staff members shall be entitled to maternity leave and paternity leave, subject to conditions established by the Director-General.

760.2 Maternity leave shall commence six weeks before the expected date of birth upon submission of a certificate from a duly qualified medical practitioner or midwife indicating the expected due date. At the request of the staff member and on medical advice, the Director-General may permit the maternity leave to commence less than six weeks but not less than two weeks before the expected due date. Maternity leave shall extend for a period of 16 weeks from the time it is granted, except that in no case shall it terminate less than 10 weeks after the actual date of birth. The leave is paid with full salary and allowances.

760.3 A nursing mother shall be allowed additional maternity leave of sufficient time each day to nurse her child.

760.4 Where both parents of a new-born child are staff members of the World Health Organization, any unused portion of maternity leave to which the mother would otherwise have been entitled under Rule 760.2 may be used by the father of the child, under conditions established by the Director-General.

760.5 Subject to conditions established by the Director-General, and upon presentation of satisfactory evidence of the birth of his child, a staff member, shall be entitled to paternity leave for a total period of up to four weeks or, in the case of internationally recruited staff members serving at a non-family duty station, up to eight weeks. In exceptional circumstances, leave shall be granted for a total period of up to eight weeks. Paternity leave must be exhausted within 12 months from the date of the child's birth.

770. GRANT IN CASE OF DEATH

770.1 On the death of a staff member whose death does not result in any indemnity payment from the Organization's accident and illness insurance policy, a payment shall be made to:

820. TRAVEL OF SPOUSE AND CHILDREN

...

820.2 The Organization shall pay the travel expenses of a staff member's spouse and dependent children, as defined in Rule 820.1, under the following circumstances:

820.2.1 on appointment for a period of not less than one year, or upon extension of an initial appointment of less than one year resulting in an uninterrupted period of service of one year or longer, from the recognized place of residence or, at the option of the Organization, the place of recruitment, to the official station, or from some other place, provided that the cost to the Organization does not exceed that for the travel from the recognized place of residence, and subject to the requirement that in any case the spouse and dependent children are expected to remain at the official station at least six months;

825. SPECIAL EDUCATION GRANT TRAVEL

The Organization shall, in accordance with terms and conditions determined by the Director-General, pay travel expenses of dependent children in respect of whom staff members are entitled to the special education grant under Rule 355. In this case, the provisions for education grant travel under Rule 820.2.5 shall not apply, except for the round trips under Rules 820.2.5.2 and 820.2.5.3. The provisions of this Rule shall apply to professional and higher category staff not serving in the country of their recognized place of residence, and to staff referred to in Rule 1310.4 recruited outside the local area as well as outside the country of the official station. They shall not apply to other staff referred to in Rules 1310 and 1330.

1030. TERMINATION FOR REASONS OF HEALTH

1030.1 When, for reasons of health and on the advice of the Staff Physician, it is determined that a staff member is incapable of performing his current duties, his appointment shall be terminated.

1030.2 Prior to such termination the following conditions must be fulfilled:

1030.2.1 the medical condition must be assessed as of long duration or likely to recur frequently;

1030.2.2 reassignment possibilities for staff members holding continuing or fixed-term appointments shall be explored and an offer made if this is feasible;

1030.2.3 participants in the Pension Fund shall have their pension rights determined.

- 1030.3 A staff member whose appointment is terminated under this Rule:
- 1030.3.1 shall be given three months' notice if serving on a continuing or fixed-term appointment, and one month's notice if serving on a temporary appointment;
 - 1030.3.2 may be entitled to disability benefit in accordance with the rules of the Pension Fund;
 - 1030.3.3 may be entitled to a disability payment in accordance with the terms of the insurance coverage provided for in Rule 720.2;
 - 1030.3.4 shall receive a termination payment at the rates set out in Rule 1050.4, provided that the amount due under that Rule, together with any periodic disability benefits due in the 12 months following termination and payable by virtue of the provisions of Section 7, shall not exceed one year's terminal remuneration;
 - 1030.3.5 shall always have the option of resigning.

1040. COMPLETION OF APPOINTMENTS

In the absence of any offer and acceptance of extension, fixed-term and temporary appointments shall terminate automatically on the completion of the agreed period of service. Where it has been decided not to offer an extension of appointment to a staff member holding a fixed-term appointment, the staff member shall be notified thereof no less than three months before the expiry of the appointment. Where it has been decided not to offer an extension of appointment to a staff member holding a temporary appointment, the staff member shall be notified thereof normally no less than one month before the expiry of the appointment. Such notice shall not be required in the case of a staff member holding a temporary appointment who has reached the maximum duration of uninterrupted service under consecutive temporary appointments, as defined in Rule 420.4. Eligible staff members who do not wish to be considered for reappointment shall also give that period of notice of their intention.

1045. TERMINATION OF TEMPORARY APPOINTMENTS

- 1045.1 In addition to the grounds for termination set out in Rules 1030, 1075, and 1080, a temporary appointment may be terminated prior to its expiration date if:
- 1045.1.1 the function the staff member performs is discontinued, or;
 - 1045.1.2 the staff member's performance is deemed to be unsatisfactory, or if the staff member proves unsuited to his work or to international service. It shall be considered unsatisfactory performance if the staff member does not or cannot perform the temporary functions to which he is assigned, and unsuitability for international service if he fails to establish satisfactory working relationships with other staff members or with nationals of other nations with whom he is working.
- 1045.2 When a temporary appointment is terminated due to discontinuation of the function, the staff member will be given at least one month's notice and will be paid a termination indemnity in accordance with the schedule set out in Rule 1050.4.

1045.3 When a temporary appointment is terminated for unsatisfactory performance or because the staff member proves unsuited to his work or to international civil service, the staff member shall normally be given at least one month's notice. In addition, the staff member may, at the discretion of the Director-General, be paid an indemnity not exceeding one-half of the amount to which he would have been entitled if his appointment had been terminated under Rule 1045.2.

1050. ABOLITION OF POST

1050.1 The fixed-term appointment of a staff member with less than five years of service may be terminated prior to its expiration date if the post he occupies is abolished.

1050.2 When a post held by a staff member with a continuing appointment, or by a staff member who has served on a fixed-term appointment for a continuous and uninterrupted period of five years or more, is abolished or comes to an end, reasonable efforts shall be

made to reassign the staff member occupying that post, in accordance with procedures established by the Director-General, and based upon the following principles:

...

1050.3 Termination under this Rule shall require giving at least three months' notice to a staff member holding a continuing appointment or a non-probationary fixed-term appointment, and at least one month's notice to any other staff member.

1050.4 Staff members whose appointments are terminated under this Rule shall be paid an indemnity in accordance with the following schedule and with due regard to Rule 380.2:

Indemnity

(Terminal remuneration)

Years of service	Staff holding continuing appointments	Staff holding other types of appointments
Less than 1))
1)) One week per unexpired
2) Not applicable) month of contract, subject
3)) to a minimum of 6 weeks
4)) and a maximum of 3
5)) months
6	6 months	4 months
7	7 months	5 months
8	8 months	6 months
9	9 months	7 months
10	9.5 months	9 months
11	10 months	9.5 months
12	10.5 months	10 months
13	11 months	10.5 months
14	11.5 months	11 months
15 or more	12 months	11.5 months
		12 months

.....

1070. UNSATISFACTORY PERFORMANCE OR UNSUITABILITY FOR INTERNATIONAL SERVICE

1070.1 A staff member's continuing or fixed-term appointment may be terminated if his performance is unsatisfactory or if he proves unsuited to his work or to international service. It shall be considered unsatisfactory performance if the staff member with a continuing or fixed-term appointment does not or cannot perform the functions of the post to which he is assigned, and unsuitability for international service if he fails to establish satisfactory working relationships with other staff members or with nationals of other nations with whom he is working.

1070.2 Prior to termination action, a staff member with a continuing or fixed-term appointment shall be given a written warning and a reasonable time to improve. If there is reason to believe that the unsatisfactory performance results from assignment to duties and responsibilities beyond the capacity of the staff member, consideration shall be given to reassignment to a post more suited to his abilities.

1070.3 A staff member with a continuing or fixed-term appointment whose appointment is terminated under this Rule shall be entitled to a notice period equivalent to that specified in Rule 1050.3.

1070.4 A staff member whose continuing or fixed-term appointment is terminated under this Rule may, at the discretion of the Director-General, be paid an indemnity not exceeding one-half of the amount to which he would have been entitled if terminated under Rule 1050.

.....

1083. NOTICE OF TERMINATION

Notice of termination under Staff Rules 1030, 1045, 1050, 1060, 1070 and 1080 shall not be served to a staff member on maternity leave.

.....

1310. STAFF IN POSTS SUBJECT TO LOCAL RECRUITMENT

...

1310.5 At designated official stations, a mobility and hardship allowance may be payable to staff members described in Rule 1310.4 in accordance with the conditions defined under Rule 360 and at the rates payable to staff in grades P.1 to P.3. The Director-General shall establish, on the basis of procedures agreed among the international organizations in the United Nations common system, the criteria under which the mobility and hardship allowance may be payable.

.....

1320. CONFERENCE AND OTHER SHORT-TERM SERVICE STAFF

The Director-General may establish conditions of service for conference and other short-term service staff holding temporary appointments of 60 days or less without regard to the provisions of other Staff Rules, including Staff Rules 340, 640, 710, 760, 770, 820, and 825.

.....

1330. NATIONAL PROFESSIONAL OFFICERS

1330.1 The Director-General may appoint National Professional Officers to perform work at the professional level without regard to the provisions of other sections of the Rules. All appointments in the National Professional Officer category are subject to local recruitment.

1330.2 With respect to Rule 1330.1 the Director-General shall establish employment conditions for staff engaged in the local area, including the fixing of rates of pay and allowances in terms of the best prevailing practices in the local area.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Административные и финансовые последствия для Секретариата резолюций, принятых Исполнительным комитетом

1. Резолюция EB118.R1 Талассемия и другие гемоглинопатии ¹
2. Связь с программным бюджетом Область работы Эпиднадзор, профилактика и лечение хронических неинфекционных болезней Ожидаемый результат 1. Оказание странам поддержки в разработке политики и стратегий профилактики и лечения хронических неинфекционных болезней на национальном уровне, включая интеграцию первичной и вторичной профилактики в системы здравоохранения (Кратко указать связь с ожидаемыми результатами, общими показателями, целевыми показателями, базовым состоянием) В резолюции будет определен механизм для достижения ожидаемого результата в отношении профилактики и лечения талассемии и других гемоглинопатий.
3. Финансовые последствия (а) Общая расчетная стоимость осуществления резолюции в течение ее срока действия (согласно оценке, с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия) 2 740 000 долл. США, которые не включают затраты на персонал в размере 2 440 440 долл. США, подробно изложенные в докладе об административных и финансовых последствиях резолюции EB117.R3. (б) Из расчетной стоимости на двухгодичный период 2006-2007 гг. (согласно оценке, с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия) 1 390 000 долл. США (с) Из расчетной стоимости, указанной в пункте (б), какую долю можно отнести к существующим программным мероприятиям? Неприменимо (не выделены средства, за исключением средств регулярного бюджета в отношении Руководителя Программы, приблизительно 50% рабочего времени которого потребуется для выполнения этой резолюции).
4. Административные последствия (а) Места осуществления (указать уровни Организации, на которых будет проводиться работа, и, в соответствующих случаях, конкретные регионы) Отдельные страны, пять региональных бюро (региональные бюро для стран Америки, Юго-Восточной Азии, Европейское региональное бюро, региональные бюро для стран Восточного Средиземноморья и Западной части Тихого океана) и штаб-квартира. (б) Дополнительные кадровые потребности (указать дополнительные кадровые потребности в пересчете на полный рабочий день с указанием необходимой квалификации) Просьба посмотреть доклад об административных и финансовых последствиях резолюции EB117.R3. (с) Сроки (указать примерные сроки для осуществления и оценки) Срок действия глобальной инициативы составляет четыре года начиная с 2006 года. Комитет по мониторингу будет проводить заседания раз в два года.

[EB118/5 Add.1 – 27 мая 2006 г.]

¹ Поскольку гемоглинопатия является распространенной серповидноклеточной анемией, просьба ссылаться на оценку затрат, содержащуюся в резолюции EB117.R3 (документ EB117/2006/REC/1, Приложение 4).

<p>1. Резолюция EB118.R3 Борьба с лейшманиозом</p>			
<p>2. Связь с программным бюджетом</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Область работы</p> <p>Профилактика инфекционных болезней и борьба с ними</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Ожидаемый результат</p> <p>1. Укрепить национальный потенциал для достижения существенного прогресса в активизации борьбы с целевыми эндемическими тропическими болезнями или в их ликвидации.</p> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Кратко указать связь с ожидаемыми результатами, общими показателями, целевыми показателями и базовым состоянием)</p> <p>Связь со следующими показателями данного ожидаемого результата: число стран, обновивших национальные программы профилактики основных зоонозов и борьбы с ними; число стран, сталкивающихся с чрезвычайными ситуациями, которым оказана эффективная поддержка для применения надлежащих мер профилактики инфекционных болезней и борьбы с ними.</p>		<p>Область работы</p> <p>Профилактика инфекционных болезней и борьба с ними</p>	<p>Ожидаемый результат</p> <p>1. Укрепить национальный потенциал для достижения существенного прогресса в активизации борьбы с целевыми эндемическими тропическими болезнями или в их ликвидации.</p>
<p>Область работы</p> <p>Профилактика инфекционных болезней и борьба с ними</p>	<p>Ожидаемый результат</p> <p>1. Укрепить национальный потенциал для достижения существенного прогресса в активизации борьбы с целевыми эндемическими тропическими болезнями или в их ликвидации.</p>		
<p>3. Финансовые последствия</p> <p>(a) Общая расчетная стоимость осуществления резолюции в течение ее срока действия В течение трех лет потребуется 3 млн. долл. США</p> <p>(b) Из расчетной стоимости на двухгодичный период 2006-2007 гг. (согласно оценке, с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия) 1,8 млн. долл. США</p> <p>(c) Из расчетной стоимости, указанной в пункте (b), какую долю можно отнести к существующим программным мероприятиям? 1,4 млн. долл. США уже было внесено Правительством Испании в программу по борьбе с лейшманиозом на данный двухгодичный период. Потребуется дополнительное финансирование в объеме 400 000 долл. США, и ведутся переговоры с потенциальными донорами</p>			
<p>4. Административные последствия</p> <p>(a) Места осуществления (указать уровни Организации, на которых будет проводиться работа, и, в соответствующих случаях, конкретные регионы): В основном на страновом уровне для оказания поддержки бюро представителей ВОЗ в целях укрепления периферийных центров здравоохранения; однако потребуется некоторый дополнительный потенциал программам по борьбе в штаб-квартире для оказания помощи в структурировании глобальной целевой группы, организации деятельности по картированию, обновлению серии технических докладов ВОЗ и в осуществлении мероприятий по оказанию поддержки в странах. Основное внимание будет уделяться районам, в которых данная болезнь является эндемической в Африканском регионе, Американском регионе, Регионе Юго-Восточной Азии и Регионе Восточного Средиземноморья, а также в областях, в отношении которых отсутствует информация.</p> <p>(b) Дополнительные кадровые потребности (указать дополнительные кадровые потребности в пересчете на полный рабочий день с указанием необходимой квалификации) В штаб-квартире требуется один штатный работник на уровне Р4 со следующей квалификацией: отличное знание лейшманиоза, навыки оперативного планирования и опыт работы в области инфекционных болезней в общественном здравоохранении.</p> <p>(c) Сроки (указать примерные сроки для осуществления и оценки) Осуществление в ограниченном числе стран начнется в нынешнем двухгодичном периоде (Афганистан, Бангладеш, Эфиопия, Индия, Непал и Судан); деятельность будет расширена в следующем двухгодичном периоде.</p>			

1. Резолюция EB118.R4 Укрепление систем медико-санитарной информации	
2. Связь с программным бюджетом	
Область работы	Ожидаемый результат
Медико-санитарная информация, фактические данные и политика в области научных исследований	1. Укрепление и реформирование страновых систем медико-санитарной информации, которые обеспечивают и используют качественную и своевременную информацию в связи с местными проблемами и программами в области здравоохранения и в процессе мониторинга основных международных целей.
(Кратко указать связь с ожидаемыми результатами, общими показателями, целевыми показателями и базовым состоянием)	
Резолюция полностью согласуется с ожидаемым результатом благодаря ее нацеленности на укрепление страновых систем медико-санитарной информации в соответствии с международными стандартами, сформулированными в рамках Сети измерения показателей здоровья, а также с приоритетным вниманием, уделяемым ВОЗ принятию решений на основе фактических данных. Резолюция соответствует показателям и целевым ориентирам в отношении как базы данных ВОЗ с основными показателями здравоохранения наряду с метаданными, ориентированными на связанные со здоровьем Целями тысячелетия в области развития, так и разработки и реализации странами таких норм и стандартов, как <i>Международная статистическая классификация болезней и связанных проблем здоровья</i> и <i>Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья</i> , а также обзоры состояния здоровья и показатели систем здравоохранения.	
3. Финансовые последствия	
(а) Общая расчетная стоимость осуществления резолюции в течение ее срока действия (согласно оценке, с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия) 40 млн. долл. США (не включает бюджета Сети измерения показателей здоровья).	
(б) Из расчетной стоимости на двухгодичный период 2006-2007 гг. (согласно оценке, с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия) 11 млн. долл. США (не включает бюджета Сети измерения показателей здоровья)	
(с) Из расчетной стоимости, указанной в пункте (б), какую долю можно отнести к существующим программным мероприятиям? Около 7 млн. долл. США из предлагаемых расходов на текущий двухгодичный период могут быть покрыты в рамках осуществляемой программной деятельности. Необходимо дополнительное финансирование в размере 4 млн. долл. США, чтобы ВОЗ могла играть ведущую роль на глобальном, региональном и страновом уровнях и продолжать оставаться ключевым участником Сети измерения показателей здоровья.	
4. Административные последствия	
(а) Места осуществления (указать уровни Организации, на которых будет проводиться работа, и, в соответствующих случаях, конкретные регионы)	
Штаб-квартира в сотрудничестве с региональными бюро продолжит разработку и тестирование инструментов и методов и формулирование нормативных руководящих указаний. На глобальном уровне Секретариат продолжит исполнять функции хранителя качественных статистических и фактических данных в области здравоохранения. Адаптирование нормативных руководящих указаний и реализация планов по укреплению систем медико-санитарной информации будет происходить на страновом уровне при активной поддержке со стороны региональных бюро.	

(b) Дополнительные кадровые потребности (указать дополнительные кадровые потребности в пересчете на полный рабочий день с указанием необходимой квалификации)

Для того, чтобы региональные бюро могли оказывать активную поддержку в реализации на страновом уровне, потребуются в общей сложности семь сотрудников категории специалистов в пересчете на полный рабочий день (по одному в каждом регионе и два в Региональном бюро для стран Африки). Эти сотрудники должны обладать знаниями в области статистики, эпидемиологии, планирования и мониторинга и оценки.

В штаб-квартире потребуется ограниченный дополнительный персонал (два сотрудника категории специалистов в пересчете на полный рабочий день) для обеспечения качественной технической работы в области статистики здравоохранения на глобальном уровне и соблюдения согласованных стандартов. Эти сотрудники должны обладать знаниями в области статистики, эпидемиологии, биостатистики, демографии и экономики здравоохранения.

(c) Сроки (указать примерные сроки для осуществления и оценки)

Осуществление работы и оказание поддержки регионам и странам в области нормативной деятельности начнется незамедлительно, в координации с деятельностью в рамках Сети измерения показателей здоровья. Оказание поддержки в реализации на страновом уровне начнется в текущем двухгодичном периоде и в последующем ускорится с ростом потенциала и в зависимости от потребностей на страновом уровне. Оценка хода работы будет проводиться с регулярными интервалами в рамках двухгодичных обзоров исполнения программного бюджета.

[См. протокол четвертого заседания, раздел 3.]

1. Резолюция EB118.R5 Утверждение поправок к Правилам о персонале

2. Связь с программным бюджетом

Область работы

Ожидаемый результат

Управление кадровыми ресурсами в ВОЗ

4. Обеспечение улучшения условий службы и доброжелательная политика в отношении персонала; приведение системы окладов и пособий ВОЗ в соответствии с ориентированной на полевые проекты системой учреждений Организации Объединенных Наций.

(Кратко указать связь с ожидаемыми результатами, общими показателями, целевыми показателями и базовым состоянием)

Улучшенные условия службы, изложенные в предложении о реформе системы контрактов, представляют собой осуществление доброжелательной политики в отношении персонала, направленной на обеспечение возможностей набора и сохранения наиболее квалифицированных кадров.

3. Финансовые последствия

- (a) **Общая расчетная стоимость осуществления резолюции в течение ее срока действия (согласно оценке, с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия)** 22,8 млн. долл. США. Эта цифра связана с дополнительными затратами, которые возникнут в результате улучшения условий службы временного персонала, применения принципа равной оплаты за равный труд, которые не были предусмотрены в Программном бюджете на 2006-2007 годы. Затраты в отношении будущих двухгодичных периодов будут распределены по категориям в рамках пересмотренных затрат на персонал, планируемых в отношении каждого бюджетного цикла и в соответствии с потребностью в выполнении временных функций, предусмотренных в данный момент времени.
- (b) **Из расчетной стоимости на двухгодичный период 2006-2007 гг. (согласно оценке, с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия)** Затраты, указанные в пункте (a), предварительно рассчитаны в отношении 2007 г., который соответствует периоду применения предложенных новых мер.
- (c) **Из расчетной стоимости, указанной в пункте (b), какую долю можно отнести к существующим программным мероприятиям?** Никакие из предполагаемых дополнительных финансовых последствий нельзя отнести к категориям существующей программной деятельности, поскольку все соответствующие кластеры и региональные бюро находятся в процессе включения ряда временных функций в срочные контракты; поэтому указанная сумма представляет предварительно рассчитанное чистое увеличение в дополнение к существующим бюджетам.

4. Административные последствия

- (a) **Места осуществления (указать уровни Организации, на которых будет проводиться работа, и, в соответствующих случаях, конкретные регионы)**
- Осуществление будет проводиться в рамках всей Организации с использованием пересмотренных планов кадровых ресурсов как в регионах, так и в штаб-квартире.
- (b) **Дополнительные кадровые потребности (указать дополнительные кадровые потребности в пересчете на полный рабочий день с указанием необходимой квалификации)**
- Осуществление предлагаемой реформы системы контрактов не требует дополнительного укомплектования штатов.
- (c) **Сроки (указать примерные сроки для осуществления и оценки)**
- Осуществление будет проводиться в течение 2007 года.

ЧАСТЬ II
ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ

СПИСОК ЧЛЕНОВ ИСПОЛКОМА И ДРУГИХ УЧАСТНИКОВ

ЧЛЕНЫ, ИХ ЗАМЕСТИТЕЛИ И СОВЕТНИКИ

БОЛИВИЯ

Д-р F. ANTEZANA ARANÍBAR, Главный советник, Министерство здравоохранения и спорта, Ла-Пас (**Председатель**)

Заместители

Г-н G. POGGI BORDA, и.о. Руководителя переговоров, Постоянное представительство, Женева

Г-жа A.C. LANORE CALDERÓN, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

АФГАНИСТАН

Д-р F. KAKAR, Заместитель Министра здравоохранения, Министерство здравоохранения, Кабул

Заместители

Д-р A. OMER, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-н D. NACHEMI, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

АВСТРАЛИЯ

Г-жа J. HALTON, секретарь, Департамент по вопросам здоровья и старения, Канберра

Заместители

Г-жа C. MILLAR, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-жа C. PATTERSON, советник-посланик (по вопросам здравоохранения), Постоянное представительство, Женева

Г-жа J. HEFFORD, помощник секретаря, Отдел международных стратегий, Департамент здравоохранения и по делам престарелых, Канберра

Г-н M. SAWERS, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

Советник

Г-н G. ADLIDE, советник (AusAid), Постоянное представительство, Женева

Г-жа I. WETTENHALL, руководитель, Международная программа здравоохранения, Целевая группа по вопросам здравоохранения (AusAid), Департамент здравоохранения и по делам престарелых, Канберра

Г-н M. PALU, советник (AusAid), Консульство Австралии, Хошимин, Вьетнам

Г-жа L. OATES-MERCIER, сотрудник по программам (AusAid), Постоянное представительство, Женева

Г-жа C. HOLLIDAY, помощник, Сектор Организации Объединенных Наций, Постоянное представительство, Женева

АЗЕРБАЙДЖАН

Г-н О. SHIRALIYEV, Министр здравоохранения, Баку (**заместитель Председателя**)

Заместители

Г-н Е. AMIRBAYOV, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-н S. ABDULLAYEV, начальник Департамента международных связей, Министерство здравоохранения, Баку

Г-н R. NOVRUZOV, атташе по вопросам здравоохранения, Постоянное представительство, Женева

БАХРЕЙН

Д-р S.A. KHALFAN, Директор по вопросам общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения, Манама (**заместитель д-ра N.A. Haffadh**)

БУТАН

Д-р JIGMI SINGAY, Министр здравоохранения, Тхимпху

Заместитель

Д-р D. WANGCHUK, Генеральный директор Департамента медицинских услуг, Министерство здравоохранения, Тхимпху

БРАЗИЛИЯ

Д-р J. GOMES TEMPORÃO, Генеральный директор Национального института рака, Бразилия (**заместитель д-ра P.M. Buss**)

Заместители

Г-н S. ALCÁZAR, советник, руководитель Департамента международных связей, Министерство здравоохранения, Бразилия

Г-н P.M. DE CASTRO SALDANHA, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

КИТАЙ

Д-р REN MINGHUI, заместитель Генерального директора, Департамент международного сотрудничества, Министерство здравоохранения, Пекин

Заместители

Г-н FU CONG, советник, Постоянное представительство, Женева

Г-н YANG XIAOKUN, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

Д-р DING BAOGUO, заместитель Директора отдела, Департамент международного сотрудничества, Министерство здравоохранения, Пекин

Г-н ZHANG ZE, третий секретарь, Постоянное представительство, Женева

ДАНИЯ

Д-р J.K. GØTRIK, Главный государственный врач, Национальный совет здравоохранения, Копенгаген

Заместители

Г-жа M. KRISTENSEN, старший советник, Национальный совет здравоохранения, Копенгаген

Г-жа M.-L. OVERVAD, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-жа М. HESSEL, советник, Постоянное представительство, Женева
Г-н S.J. JØRGENSEN, старший консультант, Национальный совет здравоохранения,
Копенгаген
Г-н М.Т. KORSLUND, помощник атташе, Постоянное представительство, Женева

ДЖИБУТИ

Г-н А.А. MIGUIL, Министр здравоохранения, Джибути
Заместитель
Г-н А.М. ABOUBAKER, Директор по вопросам исследований и планирования,
Министерство здравоохранения, Джибути

САЛЬВАДОР

Г-н R. RECINOS TREJO, советник-посланник, Постоянное представительство, Женева,
(заместитель д-ра J.G. Maza Brizuela)
Заместитель
Г-н В.Ф. LARIOS, посол, Постоянный представитель, Женева

ИРАК

Д-р А.Н.І. AL-SHAMMARI, Министр здравоохранения, Багдад
Заместители
Г-н В. AL-SHIBIB, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-жа М.А. YASS, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева
Д-р Е. ATTA AZIZ, Генеральный директор (Департамент планирования), Министерство
здравоохранения, Багдад
Г-н М. SHUAAIB, Министерство здравоохранения, Багдад

ЯМАЙКА

Д-р В. WINT, Главный государственный врач, Министерство здравоохранения, Кингстон
Заместители
Г-н R.A. SMITH, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-жа А. MORRIS, советник, Постоянное представительство, Женева
Г-жа А. DUBIDAD-DIXON, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

ЯПОНИЯ

Д-р Н. SHINOZAKI, Председатель Национального института общественного здравоохранения,
Министерство здравоохранения, труда и социального обеспечения, Токио
Заместители
Г-н Y. IWABUCHI, Директор Бюро планирования международных связей, Министерство
здравоохранения, труда и социального обеспечения, Токио
Д-р Н. INOUE, заместитель Директора, Отдел международных связей, Министерство
здравоохранения, труда и социального обеспечения, Токио
Г-жа М. IMAI, заместитель Директора, Отдел международных связей, Министерство
здравоохранения, труда и социального обеспечения, Токио
Д-р R. AKIZUKI, координатор, Сектор международных организаций, Международное
бюро планирования, Министерство здравоохранения, труда и социального
обеспечения, Токио

Г-н Y. ARAI, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева
Г-жа T. TSUJISAKA, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

КЕНИЯ

Д-р T. GAKURUH, заместитель Руководителя медицинских служб, Министерство здравоохранения, Найроби (**заместитель д-ра J. Nyikal**)

Заместители

Д-р А.Е. OGWELL, заведующий Отделом международных связей в области здравоохранения, Министерство здравоохранения, Найроби

Д-р T. MBOYA, атташе по вопросам здравоохранения, Постоянное представительство, Женева

Г-жа L. NYAMBU, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

ЛАТВИЯ

Д-р V. JAKSONS, советник Директора, Государственное агентство статистики здравоохранения и медицинских технологий, Рига

Заместители

Г-н J. KARKLINS, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-жа I. DREIMANE, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

Г-жа G. VITOLA, третий секретарь, Постоянное представительство, Женева

ЛЕСОТО

Г-н T.J. RAMOTSOARI, главный секретарь, Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Масеру (**заместитель д-ра M. Phooko**)

Заместители

Д-р А.М. MARUPING, посол, Постоянный представитель, Женева

Д-р А.Т. MARUPING, Постоянное представительство, Женева

Г-жа M. PHEKO, советник-посланник, Постоянное представительство, Женева

ЛИБЕРИЯ

Д-р W.T. GWENIGALE, Министр здравоохранения, Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Монровия

Заместитель

Г-н S. TORNORIAN VARPILAN, заместитель Министра по вопросам планирования, научных исследований и развития людских ресурсов, Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Монровия

ЛИВИЙСКАЯ АРАБСКАЯ ДЖАМАХИРИЯ

Д-р А.Н. SAHELI, заместитель секретаря, Генеральный народный комитет по вопросам здравоохранения и окружающей среды, Триполи (**Докладчик**)

Заместители

Д-р H. GASHUT, советник, Постоянное представительство, Женева

Д-р B. ALLAGE, Департамент по вопросам детства, Генеральный народный комитет по вопросам здравоохранения и окружающей среды, Триполи

Г-н F. ABUSAA, третий секретарь, Постоянное представительство, Женева

ЛЮКСЕМБУРГ

Д-р D. HANSEN-KOENIG, Директор по вопросам здравоохранения, Управление по здравоохранению, Люксембург

Заместители

Г-н M. DI BARTOLOMEO, Министр здравоохранения, Люксембург

Г-н J. FEYDER, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-жа С. GOY, заместитель Постоянного представителя, Женева

Г-жа E. COLOTTE, секретарь Представительства, Управление по сотрудничеству и гуманитарным вопросам, Министерство иностранных дел, Люксембург

МАДАГАСКАР

Д-р M.P.O. RAHANTANIRINA, Директор по вопросам здравоохранения и семьи, Министерство здравоохранения и планирования семьи, Антананариву (**заместитель д-ра R.R. Jean Louis**)

Заместители

Г-н A. RAMBELOSON, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-н J.-M. RASOLONJATOVO, старший советник, Постоянное представительство, Женева

Г-н R. RAKOTONARIVO, советник, Постоянное представительство, Женева

МАЛИ

Д-р S. DIALLO, советник по техническим вопросам, Министерство здравоохранения, Бамако (**заместитель д-ра Z.M. Youba**)

МЕКСИКА

Г-н M. BAILÓN, Генеральный директор по международным отношениям, Секретариат здравоохранения, Мехико, Федеральный округ

Заместители

Д-р J. FRENK, Министерство здравоохранения, Мехико, Федеральный округ

Д-р С. ÁLVAREZ LUCAS, заместитель Генерального директора по программам профилактики, Национальный центр эпидемиологического надзора и борьбы с болезнями, Мехико, Федеральный округ

Г-жа A. VELÁZQUEZ BERÚMEN, Генеральный директор, Национальный центр передового технического опыта в здравоохранении, Секретариат здравоохранения, Мехико, Федеральный округ

Г-жа D.M. VALLE ÁLVAREZ, советник, Постоянное представительство, Женева

Г-жа A. GONZÁLEZ MOREL, Директор по многосторонним отношениям, Секретариат здравоохранения, Мексика, Федеральный округ

НАМИБИЯ

Д-р K. SHANGULA, постоянный секретарь, Министерство здравоохранения и социальных служб, Виндхук

Заместитель

Г-жа D. ТЈИНО, Министерство здравоохранения и социальных служб, Виндхук

ПОРТУГАЛИЯ

Профессор J. PEREIRA MIGUEL, Верховный комиссар по вопросам здравоохранения, Министерство здравоохранения, Лиссабон

Заместители

Г-н J.C. DA COSTA PEREIRA, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-н С. PEREIRA MARQUES, заместитель Постоянного представителя, Женева
Г-н J. SOUSA FIALHO, советник, Постоянное представительство, Женева
Г-жа D. MAULIDE, помощник Верховного комиссара по вопросам здравоохранения,
Министерство здравоохранения, Лиссабон

РУМЫНИЯ

Профессор V. PAUNESCU, Государственный секретарь по вопросам европейской интеграции,
Министерство здравоохранения, Бухарест (**заместитель г-на E. Nicolaescu**)

Заместители

Г-н D.R. COSTEA, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-н F. PIRONEA, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

РУАНДА

Д-р J.D. NTAWUKURIRYAYO, Министр здравоохранения, Кигали

Заместитель

Г-н А. KAYITAYIRE, первый советник, Постоянное представительство, Женева

СИНГАПУР

Д-р В. SADASIVAN, Старший государственный Министр (по вопросам здравоохранения),
Сингапур (**заместитель Председателя**)

Заместители

Г-н В. GAFOOR, посол, Постоянный представитель, Женева
Д-р CHEW SUOK KAI, заместитель Директора по вопросам медицинского обслуживания
(эпидемиология и борьба с болезнями), Министерство здравоохранения, Сингапур
Г-жа J. TAN, заместитель Директора, Отдел международного сотрудничества,
Министерство здравоохранения, Сингапур
Г-жа F. GAN, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева
Г-н M. BASHA, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева
Г-жа KOONG PAI CHING, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева
Г-жа D. TEO SU LIN, аналитик по вопросам политики в области здравоохранения, Отдел
международного сотрудничества, Министерство здравоохранения, Сингапур

СЛОВЕНИЯ

Д-р В. VOLJČ, Директор, Центр переливания крови, Любляна

Заместители

Г-н А. LOGAR, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-н I. JUKIČ, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

ШРИ-ЛАНКА

Г-н N.S. DE SILVA, Министр по вопросам здравоохранения и питания, Коломбо

Заместители

Г-жа S. FERNANDO, посол, Постоянный представитель, Женева
Д-р P. ABEYKOON, советник Министра по вопросам здравоохранения и питания,
Коломбо

Советник

Г-н D.M.S.B. DISSANAYAKE, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

ТАИЛАНД

Д-р SUWIT WIBULPOLPRASERT, старший советник по экономике здравоохранения, Министерство здравоохранения, Нонтабури (**заместитель Председателя**)

Заместители

Г-н CHAIYONG SATJIPANON, посол, Постоянный представитель, Женева

Д-р VIROJ TANGCHAROENSATHIEN, старший аналитик по вопросам политики и планирования, Бюро политики и стратегии, Министерство здравоохранения, Нонтабури

Д-р SOPIDA CHAVANICHKUL, заместитель Директора, Бюро политики и стратегии, Министерство здравоохранения, Нонтабури

Советники

Д-р PHUSIT PRAKONGSAI, сотрудник по медицинским вопросам, Бюро политики и стратегии, Министерство здравоохранения, Нонтабури

Г-жа WARANYA TEOKUL, аналитик по вопросам политики и планирования, Бюро Национального совета по экономическому и социальному развитию, Бангкок

Г-жа PAWEENA TARNSONDHAYA, сотрудник по международным связям, Международная группа здравоохранения, Бюро политики и стратегий, Министерство здравоохранения, Нонтабури

Г-жа PRANGTIP KANCHANAHATTAKIJ, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

ТОНГА

Д-р V. TANGI, Министр здравоохранения, Нукуалофа

ТУРЦИЯ

Профессор S. AYDIN, заместитель заместителя Министра, Министерство здравоохранения, Анкара

Заместители

Г-н H. KIVANÇ, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

Г-н V.E. ETENSEL, советник, Постоянное представительство, Женева

Д-р E. E. BOR, Генеральный директорат медицинского образования, Министерство здравоохранения, Анкара

СОЕДИНЕННЫЕ ШТАТЫ АМЕРИКИ

Д-р J. AGWUNOBI, помощник Секретаря по вопросам здравоохранения, Департамент здравоохранения и социальных служб, Вашингтон, О.К.

Заместители

Г-жа L.L. CASSEL, и.о. Поверенного в делах, Постоянное представительство, Женева

Д-р W.R. STEIGER, специальный помощник Секретаря по вопросам международного здравоохранения, Департамент здравоохранения и социальных служб, Вашингтон, О.К.

Г-н M. ABDOO, сотрудник по вопросам международного здравоохранения, Департамент здравоохранения и социальных служб, Вашингтон, О.К.

Г-жа А. BLACKWOOD, Директор программ в области здравоохранения, Бюро поделам международных организаций, Государственный департамент, Вашингтон, О.К.

Г-жа М.Л. VALDEZ, заместитель Директора по вопросам политики, Департамент здравоохранения и социальных служб, Вашингтон, О.К.

Г-жа D. GIBB, старший советник по техническим вопросам, Бюро по глобальным вопросам здравоохранения, Агентство США по международному развитию, Вашингтон, О.К.

Г-н D. HOHMAN, атташе по вопросам здравоохранения, Постоянное представительство, Женева

ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ, НЕ ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ В ИСПОЛНИТЕЛЬНОМ КОМИТЕТЕ¹

АЛЖИР

Г-н I. JAZAÏRY, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-жа D. SOLTANI, дипломатический секретарь, Постоянное представительство, Женева

АНГОЛА

Г-н А.М. DO NASCIMENTO, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-жа S. NETO DE MIRANDA, Постоянное представительство, Женева

АРГЕНТИНА

Г-жа А. DE HOZ, советник-посланник, Постоянное представительство, Женева

Г-н S. ROSALES, секретарь посольства, Постоянное представительство, Женева

АВСТРИЯ

Д-р W. PETRITSCH, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-жа М.-Н. ADLER, советник, Постоянное представительство, Женева

Д-р С. LASSMANN, полномочный Министр, заместитель начальника Отдела здравоохранения и социальных вопросов, Федеральное министерство иностранных дел, Вена

Д-р С. KOKKINAKIS, советник-посланник, заместитель Постоянного представителя, Женева

Д-р Н. FRIZA, атташе по вопросам здравоохранения, Постоянное представительство, Женева

Д-р V. GREGORICH-SCHEGA, Директор по вопросам международных отношений в области здравоохранения, Федеральное министерство по вопросам здравоохранения и делам женщин, Вена

Д-р J.-P. KLEIN, Департамент инфекционных болезней и иммунизации, Федеральное министерство по вопросам здравоохранения и делам женщин, Вена

Д-р А. PUNZET, Департамент международных отношений в области здравоохранения, Федеральное министерство по вопросам здравоохранения и делам женщин, Вена

Г-н G. HOUTTIN, руководитель Бюро по связям, Совет Европейского союза, Женева

Г-н J. LILLIEHOOK, советник, Бюро по связям, Совет Европейского союза, Женева

¹ Принимают участие на основании статьи 3 Правил процедуры Исполнительного комитета.

БАНГЛАДЕШ

Д-р Т. ALI, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-н МАНБУБ-UZ-ZAMAN, советник-посланник, Постоянное представительство, Женева
Г-н N.U. AHMED, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

БЕЛЬГИЯ

Г-н F. ROUX, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-жа F. GUSTIN, советник-посланник, заместитель Постоянного представителя, Женева
Г-жа L. MEULENBERGS, советник, Служба международных отношений, Безопасность продовольственной цепочки и окружающей среды, Брюссель

БЕЛИЗ

Г-жа A. HUNT, Поверенный в делах, Постоянное представительство, Женева
Г-жа S.O. FIGUEROA, Постоянное представительство, Женева
Г-н M. TAMASKO, Постоянное представительство, Женева
Г-н T. TICHY, Постоянное представительство, Женева

БОСНИЯ И ГЕРЦЕГОВИНА

Г-жа J. KALMETA, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-жа A. KUNDUROVIC, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

БОТСВАНА

Г-н В. МОКГОТНУ, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-жа M.S. MATLHO, советник, Постоянное представительство, Женева

БОЛГАРИЯ

Г-жа D. PARUSHEVA, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

БУРКИНА-ФАСО

Г-жа E. BALIMA, атташе постольства, Постоянное представительство, Женева

КАНАДА

Г-н P. OLDHAM, советник, Постоянное представительство, Женева

ЧИЛИ

Г-жа В. DEL PICÓ, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

КОЛУМБИЯ

Д-р L.E. ARANGO, советник-посланник, Постоянное представительство, Женева

КОСТА-РИКА

Г-н А. SOLANO, советник-посланник, Постоянное представительство, Женева

КОТ-ДИВУАР

Г-н В. N'GUESSAN, советник, Постоянное представительство, Женева

КУБА

Г-н J.A. FERNÁNDEZ, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-н O. LEÓN GONZÁLEZ, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

ЧЕШСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Г-н Т. HUSÁK, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-н Р. HRNČÍŘ, заместитель Постоянного представителя, Женева

КОРЕЙСКАЯ НАРОДНО-ДЕМОКРАТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Г-н JANG IL HUN, советник, Постоянное представительство, Женева

ДОМИНИКАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Г-жа М. BELLO DE KEMPER, советник, Постоянное представительство, Женева

ЭКВАДОР

Д-р G. LARENAS SERRANO, советник-посланник, временный Поверенный в делах,
Постоянное представительство, Женева

Д-р С. SANTOS REPPETO, советник, Постоянное представительство, Женева

ЭСТОНИЯ

Г-жа К. SIBUL, третий секретарь, Постоянное представительство, Женева

ФИНЛЯНДИЯ

Г-жа S. SAMMALKIVI, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

ФРАНЦИЯ

Г-н J.-M. RIPERT, посол, Постоянный представитель, Женева

Г-н M. GIACOMINI, заместитель Постоянного представителя, Женева

Д-р J.-B. BRUNET, Руководитель Бюро по европейским и международным делам, Главное
управление здравоохранения, Министерство здравоохранения и солидарности, Париж

Г-жа J. TOR-DE TARLÉ, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

ГЕРМАНИЯ

Г-н М. STEINER, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-жа В. SIEFKER-EBERLE, советник-посланник, заместитель Постоянного представителя, Женева
Г-н М. DEBRUS, Заведующий отделом, Федеральное министерство здравоохранения, Бонн
Д-р I. VON VOSS, советник, Постоянное представительство, Женева
Д-р М. VAN DEN BOOM, консультант, Постоянное представительство, Женева
Д-р W. MAIER, консультант, Постоянное представительство, Женева

ГАНА

Д-р К. BAWUAH-EDUSEI, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-жа М.А. ALOMATU, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

ГРЕЦИЯ

Г-н Т.Н. SARRIS, заместитель Постоянного представителя, и.о. Поверенного в делах, Женева
Г-н А. CAMBITSIS, советник-посланник, Постоянное представительство, Женева
Г-жа А. DAMIGOU, советник (по вопросам здравоохранения), Постоянное представительство, Женева

ГВАТЕМАЛА

Г-н С. MARTÍNEZ ALVARADO, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-жа S. HOCHSTETTER SKINNER-KLÉE, советник, Постоянное представительство, Женева
Г-жа S. URRUELA ARENALES, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

ГАИТИ

Г-н J.-B. ALEXANDRE, советник-посланник, Постоянное представительство, Женева
Г-н P.M.G. SAINT-AMOUR, советник, Постоянное представительство, Женева

ВЕНГРИЯ

Г-н G. SZELEI KISS, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-н В. RÁTKAI, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

ИСЛАНДИЯ

Г-н I. EINARSSON, Директор Департамента, Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Рейкьявик

ИНДОНЕЗИЯ

Г-н S.M. SOEMARNO, советник-посланник, Постоянное представительство, Женева
Г-н А. SOMANTRI, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева
Г-н А.С. SUMIRAT, третий секретарь, Постоянное представительство, Женева

ИРЛАНДИЯ

Г-жа М. AYLWARD, помощник Начальника Отдела по международным вопросам,
Департамент по вопросам здравоохранения и детей, Дублин
Г-жа S. BARNES, помощник Начальника Отдела по международным вопросам, Департамент по
вопросам здравоохранения и детей, Дублин
Г-жа F. FLOOD, первый секретарь (по правам человека), Постоянное представительство,
Женева

ИЗРАИЛЬ

Д-р I. SEVER, Директор Департамента международных связей, Министерство
здравоохранения, Иерусалим
Г-жа N. FURMAN, советник, Постоянное представительство, Женева
Г-жа E. GOULDMAN ZARKA, консультант, Постоянное представительство, Женева

ИТАЛИЯ

Г-жа L. FIORI, советник-посланник, Постоянное представительство, Женева
Г-жа M.P. RIZZO, Министерство иностранных дел, Рим
Г-жа V. RUSSO, Постоянное представительство, Женева

ИОРДАНИЯ

Г-н H. AL HUSSEINI, первый секретарь/заместитель Постоянного представителя, Женева

МОНАКО

Г-н P. BLANCHI, Постоянное представительство, Женева
Г-жа C. LANTERI, заместитель Постоянного представителя, Женева
Г-н A. JAHLAN, третий секретарь, Постоянное представительство, Женева

НИДЕРЛАНДЫ

Г-н I. DE JONG, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-н H. DE GOEIJ, Генеральный директор общественного здравоохранения, Министерство
здравоохранения, социального обеспечения и спорта, Гаага
Г-н L. VAN DER HEIDEN, Координатор по глобальным вопросам общественного
здравоохранения, Департамент международных связей, Министерство здравоохранения,
социального обеспечения и спорта, Гаага
Г-жа G. VRIELINK, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева
Г-н H. VAN DER HOEVEN, референт Департамента по связям с Организацией Объединенных
Наций и международными финансовыми учреждениями, Министерство иностранных дел,
Гаага
Г-жа N. JAGESSAR, консультант, Министерство здравоохранения, социального обеспечения и
спорта, Гаага

НОВАЯ ЗЕЛАНДИЯ

Д-р D. MATHESON, заместитель Генерального директора по вопросам общественного
здравоохранения, Министерство здравоохранения, Веллингтон

НОРВЕГИЯ

Г-н W.C. STRØMMEN, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-жа T. KONGSVIK, советник, Постоянное представительство, Женева

ПАКИСТАН

Г-н M.N. KHAN, Федеральный министр здравоохранения, Исламабад
Г-н M. KHAN, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-жа T. JANJUA, заместитель Постоянного представителя, Женева
Д-р A. AHMED, заместитель Генерального директора по вопросам здравоохранения,
Министерство здравоохранения, Исламабад
Д-р A. GHAFAR, специалист по вопросам политики и систем здравоохранения, Глобальный
форум по научным исследованиям в области здравоохранения, Женева
Профессор A.J. KHAN, Ректор, Медицинский колледж Frontier, Абботтабад
Г-н A.A. KHOKHAR, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева
Г-н M.A. KHAN, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева
Г-н R.S. SHEIKH, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева
Г-н F.N. TIRMIZI, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева
Г-жа S. BALOCH, консультант, Постоянное представительство, Женева

ПАРАГВАЙ

Г-жа G. AMARILLA ACOSTA, советник-посланник, Постоянное представительство, Женева

ПЕРУ

Г-н M. RODRÍGUEZ CUADROS, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-н J.P. VEGAS, советник, Постоянное представительство, Женева
Г-жа E. BERAÚN, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева

РЕСПУБЛИКА КОРЕЯ

Г-н PARK Hun-yul, советник, Постоянное представительство, Женева
Г-н LEE Jae-yong, Директор Отдела международного сотрудничества, Министерство
здравоохранения и социального обеспечения, Сеул
Г-н LEE Kang-hee, заместитель Директора Отдела международного сотрудничества,
Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Сеул
Г-жа KIM Eun-hee, помощник Директора Отдела международного сотрудничества,
Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Сеул

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Г-н О. ЧЕСТНОВ, заместитель Директора Департамента по международному сотрудничеству и
связям с общественностью, Министерство здравоохранения и социального развития, Москва
Г-н А. ПИРОГОВ, заместитель Постоянного представителя, Женева
Г-н В. ЗИМЯНИН, старший советник, Постоянное представительство, Женева
Г-н Н. ЛОЗИНСКИЙ, старший советник, Постоянное представительство, Женева
Д-р А. ПАВЛОВ, советник, Постоянное представительство, Женева
Г-н Л. КУЛИКОВ, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева
Г-н М. КОЧЕТКОВ, атташе, Постоянное представительство, Женева

Г-н Р. СУСЛОВ, главный специалист, Департамент по международному сотрудничеству и связям с общественностью, Министерство здравоохранения и социального развития, Москва
Г-н Д. ХУДОВ, атташе, Постоянное представительство, Женева

ЮЖНАЯ АФРИКА

Д-р G.J. MTSHALI, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-жа D. MAFUBELU, советник, Постоянное представительство, Женева

ИСПАНИЯ

Г-н J.A. MARCH PUJOL, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-н G. LÓPEZ MAC-LELLAN, советник, Постоянное представительство, Женева
Г-жа M.C. CAÑAVATE CAÑAVATE, Руководитель Сотрудничающего центра ВОЗ по лейшманиозу, Институт здравоохранения им. Карла III, Мадрид
Г-н O. GÓNZALEZ GUTIÉRREZ-SOLANA, советник по техническим вопросам, Главное управление общественного здравоохранения, Министерство общественного здравоохранения и потребления, Мадрид
Г-н S.S. PEÑA, руководитель направления, Сектор поддержки, Главное управление общественного здравоохранения, Министерство общественного здравоохранения и потребления, Мадрид
Г-жа M. ESCUER, Постоянное представительство, Женева

СУДАН

Г-жа I. ELAMIN, третий секретарь, Постоянное представительство, Женева

ШВЕЦИЯ

Г-жа E. BORSIIN BONNIER, посол, Постоянный представитель, Женева
Г-жа H. PEDERSEN, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева
Г-н A. NILMERSON, референт, Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Стокгольм

ШВЕЙЦАРИЯ

Г-н G. KESSLER, Руководитель Сектора международных организаций, Федеральное управление общественного здравоохранения, Берн
Г-н A. VON KESSEL, заместитель Руководителя, Сектор международных организаций, Федеральное управление общественного здравоохранения, Берн
Г-жа B. SCHAER BOURBEAU, второй секретарь, Постоянное представительство, Женева

СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО ВЕЛИКОБРИТАНИИ И СЕВЕРНОЙ ИРЛАНДИИ

Г-н T. KINGHAM, Руководитель Группы глобального здравоохранения, Департамент здравоохранения, Лондон
Д-р C. PRESERN, советник, Постоянное представительство, Женева
Г-жа C. KITSELL, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева
Г-жа H. THOMAS, атташе, Постоянное представительство, Женева
Г-жа S. CHUBBS, атташе, Постоянное представительство, Женева

ВЕНЕСУЭЛА (БОЛИВАРСКАЯ РЕСПУБЛИКА)

- Г-жа R. POITEVIEN CABRAL, посол, временный Поверенный в делах, Женева
 Г-жа R. MATA, Генеральный директор, Бюро технического сотрудничества и международных отношений, Министерство здравоохранения, Каракас
 Г-н E. BITETTO GAVILANES, первый секретарь, Постоянное представительство, Женева
 Д-р L. A. LIRA OSHOA, Национальный координатор по планированию здравоохранения, Министерство здравоохранения, Каракас
 Д-р R. PADILLA, Национальный координатор по готовности к птичьему гриппу, Министерство здравоохранения, Каракас
 Г-н O. LUCES BRICEÑO, политолог, Бюро технического сотрудничества и международных отношений, Министерство здравоохранения, Каракас
 Г-н J. ARIAS, советник политического сектора, Постоянное представительство, Женева

ЗИМБАБВЕ

- Г-жа P. NYAGURA, советник, Постоянное представительство, Женева

ПРЕДСТАВИТЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ И СВЯЗАННЫХ С НЕЙ ОРГАНИЗАЦИЙ**Организация Объединенных Наций**

- Г-н D. SHIKVAIDZE, старший сотрудник, Канцелярия Генерального директора
 Г-н A. SMITH SERRANO, сотрудник по внешним связям и межучрежденческим делам, Канцелярия Генерального директора
 Г-н I. WANI, Руководитель Отделения исследований и права на развитие, Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека
 Г-жа D. KORLJAN, Управление Верховного комиссара по правам человека

Конференция Организации Объединенных Наций по торговле и развитию

- Г-жа S. TWAROG, сотрудник по экономическим вопросам, Отдел международной торговли товарами и услугами и сырьевыми товарами
 Г-н A. STEVENSON, сотрудник по экономическим вопросам, Отдел международной торговли товарами и услугами и сырьевыми товарами

Программа Организации Объединенных Наций по окружающей среде

- Г-н P. QUIBLIER, Бюро программ, Отделение ЮНЕП, Женева

Фонд Организации Объединенных Наций по народонаселению

- Г-жа S. TELLIER, Директор, Бюро ЮНФПА, Женева
 Д-р V. FAUVEAU, старший консультант по здоровью матерей, Бюро ЮНФПА, Женева
 Г-жа N. BOSMANS, Бюро ЮНФПА, Женева

Мировая продовольственная программа

- Г-н D. BELGASMI, Директор, Бюро МПП, Женева
 Г-жа P. KENNEDY, заместитель Директора, Бюро МПП, Женева

**Управление Верховного комиссара
Организации Объединенных Наций по
делам беженцев**

Г-жа С. LINNÉR, Руководитель
Межорганизационного отделения,
Секретариата и Межорганизационной
службы

ЮНЭЙДС

Д-р Р. PIOT, Исполнительный директор

Г-жа D. LANDEY, заместитель
Исполнительного директора

Г-жа Р. MANE, Директор Департамента
политики, фактических данных и
партнерств

Г-н М. SIDIBE, Директор Департамента
страновой и региональной поддержки

Г-н R. SALLA NTOUNGA, исполняющий
обязанности Директора

Административной канцелярии

Г-н Е. MURPHY, заместитель Директора
Бюро руководства, доноров и отношений
с системой Организации Объединенных
Наций

Г-жа S. МЕНТА, заместитель Директора
Департамента страновой и региональной
поддержки

Г-жа Е. TIMPO, заместитель Директора
Отдела страновых программ и связи со
странами, Департамент страновой и
региональной поддержки

Г-н L. LOURES, заместитель Директора
Отдела глобальных инициатив

Г-н Е. HAARMAN, Руководитель
Финансовой и административной
группы, Департамент программной
поддержки

Г-жа J. GIRARD, заведующая Отделом
кадровых ресурсов и управления ими

Г-жа В. DE ZALDUONDO, заместитель
Директора Департамента по
мониторингу эпидемий, политики
профилактики, фактическим данным и
партнерству

Г-н А. CHATTERJEE, старший консультант
Департамента профилактики и
общественной политики, Департамент
профилактики, ухода и снижения
воздействия

Г-н В. N'DAW, консультант по разработке
программ, Департамент профилактики,
ухода и смягчения воздействия

Г-н G. TEMBO, Руководитель Группы по
действиям системы Организации
Объединенных Наций на региональном
и страновом уровне

Г-н J. TYSZKO, сотрудник по внешним
связям, Отдел управления и связей с
системой Организации Объединенных
Наций

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Международная организация труда

Г-н А. DIOP, Исполнительный директор,
Сектор социальной защиты

Д-р S. NIU, старший специалист по
профессиональной гигиене Программы
"SafeWork"

Г-н В. SALTER, старший консультант,
Программа "Условия работы и найма"

Г-жа X. SCHEIL-ADLUNG, координатор
политики здравоохранения, Департамент
социального обеспечения

Г-н F. LEGER, Департамент социального
обеспечения

Г-жа S. MAYBUD, Департамент
секторальных мероприятий

**Продовольственная и
сельскохозяйственная организация
Объединенных наций**

Г-н T.N. MASUKU, Директор, Бюро ФАО
по связям, Женева

**Всемирная метеорологическая
организация**

Г-жа L. MALONE, научный сотрудник
Департамента "Программа по мировому
климату"

**Организация Объединенных Наций по
промышленному развитию**

Г-жа К. UNO, Директор бюро ЮНИД в
Женеве

ПРЕДСТАВИТЕЛИ ДРУГИХ МЕЖПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ**Лига арабских государств**

Г-н S. ALFARARGI, посол, Постоянный наблюдатель, Женева
 Г-н Y. TILIOUANT, первый атташе, Постоянное представительство, Женева
 Г-н O. EL HAJJÉ, Постоянное представительство, Женева

Африканский союз

Г-жа K. MASRI, Постоянный наблюдатель, Женева
 Г-н V.N. WEGE, советник-посланник, Постоянное представительство, Женева
 Д-р K. ESSEGHAIRI, Директор, Отдел социальных вопросов
 Д-р G. KALIMUGOGO, Руководитель Программы "AIDS Watch Africa"

Европейская комиссия

Г-н C. TROJAN, посол, глава Постоянного представительства, Женева
 Г-н T. BÉCHET, советник-посланник, Руководитель, Сектор ООН, Постоянное представительство, Женева

Д-р M. RAJALA, советник-посланник, Постоянное представительство, Женева
 Г-н N. FANU, заместитель Руководителя Сектора, Генеральный директорат здравоохранения и защиты потребителей, Брюссель

Международная организация по миграции

Д-р D. GRONDIN, Директор, Миграционные службы здравоохранения
 Г-жа J. WEEKERS, консультант по вопросам политики в области здравоохранения в связи с миграцией
 Д-р A. DAVIES, консультант по вопросам общественного здравоохранения

Организация исламской конференции

Г-н M.A. JERRARI, советник-посланник, Постоянный наблюдатель миссии, Женева

ПРЕДСТАВИТЕЛИ НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, СОСТОЯЩИХ В ОФИЦИАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЯХ С ВОЗ**Деятельность церквей на благо здоровья**

Г-жа C. CEPUCH
 Д-р M. KURIAN
 Г-н P. MUBANGIZI
 Д-р T. REED
 Д-р M. SHIVA
 Г-н A. WULF
 Г-жа S. SHASHIKANT
 Г-н M. KHOR

Международная организация союзов потребителей

Г-н B. PEDERSEN
 Г-жа A. ALLAIN

Д-р M. ARENA
 Г-жа P. BALA
 Г-н T. BALASUBRAMANIAM
 Г-жа M. CHILDS
 Г-жа LIM LI CHING
 Г-жа C. DANIELS
 Г-жа N. DENTICO
 Г-жа N. EL RASSI
 Г-жа M. EWEN
 Г-жа E.F.M. 'T HOEN
 Д-р T. HUBBARD
 Г-жа A. LINNECAR
 Г-н J. LOVE
 Г-жа M.S. MASAIGANAH
 Г-жа Y. MILLER BERLIE
 Г-н B. MISRA
 Г-н D. MWANGI

Г-н А. NIKIEMA
Г-н S. OCHIENG
Г-жа С. PANAGIOTOPOULOS
Г-жа С. PEREZ
Г-жа J. RUIS SANJUAN
Г-жа С. TAN
Г-н L. UPCHURCH
Г-н JOO KEAN YEONG

Совет международных организаций по медицинским наукам

Д-р J.E. IDÄNPÄÄN-HEIKKILÄ
Д-р J. VENULET
Г-н S. FLUSS

Совет по научным исследованиям в области здравоохранения в целях развития

Профессор С. IJSSELMUIDEN
Г-жа S. DE HAAN
Г-н M. DEVLIN
Д-р А. KENNEDY
Г-жа G. MONTORZI
Г-жа С. NIETO

Глобальный форум по научным исследованиям в области здравоохранения

Профессор S.A. MATLIN
Г-жа M.A. BURKE
Д-р А. DE FRANCISCO
Д-р А. GHAFAR
Г-н D. HAYWARD
Г-жа S. OLIFSON
Г-жа L. SUNDARAM

Межафриканский комитет по традиционным видам практики, затрагивающим здоровье женщин и детей

Г-жа В. RAS-WORK

Международный альянс женщин

Г-жа М. PAL

Международная ассоциация по охране здоровья матерей и новорожденных

Д-р R. KULIER

Международная ассоциация логопедов и фоониатров

Д-р А. MULLER

Международный колледж хирургов

Профессор Р. HAHNLOSER

Международный совет по борьбе с йододефицитными заболеваниями

Д-р G. BURROWS
Профессор J. LING
Д-р H. BUERGI

Международная федерация медицинской и биологической инженерии

Профессор J. NAGEL
Д-р M. NAGEL

Международная федерация медико-биологических лабораторных наук

Г-жа L. MORGAN

Международная федерация женщин деловых и свободных профессий

Г-жа M. GERBER
Г-жа G. GONZENBACH

Международная федерация гинекологов и акушеров

Д-р R. KULIER

Международная федерация организаций регистрации медико-санитарных данных

Г-жа L. NICHOLSON

Международная федерация ассоциаций студентов-медиков

Г-н А. NAGLA

Международная федерация производителей фармацевтической продукции и их ассоциаций

Г-н М. OJANEN
Г-жа А. WASUNNA
Г-н R. BURDEN
Г-н G. SAMUELS
Г-жа P. CARLEVARO
Г-жа K. HOLM
Г-жа C. RAMIREZ
Г-жа L. AKELLO-ELOTU
Г-н E. NOEHRENBERG
Д-р H.E. BALE, Jr
Д-р R. KRAUSE
Г-жа O. MORIN
Г-н F. SANTERRE
Г-н G. WILLIS
Г-н T. SANO

Международная федерация хирургических колледжей

Профессор S.W.A. GUNN

Международная больничная федерация

Профессор P.-G. SVENSSON

Международная ассоциация консультантов по лактации

Г-жа M. ARENDT LEHNERS

Международная сеть по здоровью детей, окружающей их среде и безопасности

Д-р C. FALVO

Международная организация стандартизации

Г-н T.J. HANCOX

Международная федерация планирования семьи

Д-р K. ASIF

Международное общество профилактической онкологии

Д-р E. NIEBURGS

Международное общество по инсульту

Г-жа I. BOURZEIX

Международный союз архитекторов

Г-н H. EGGEN

OXFAM

Г-жа P. SAUNDERS
Д-р M.-K. SMITH

Ротари Интернэшнл

Г-н G. COUTAU

Всемирная федерация медицинского образования

Д-р H. KARLE
Профессор L. CHRISTENSEN

Всемирная федерация психического здоровья

Г-жа M. LACHENAL
Д-р S. FLACHE
Г-жа A. YAMADA-VETSCH

Всемирная федерация ассоциаций общественного здравоохранения

Профессор T. ABELIN
Г-жа J.B. DAVENPORT

Всемирная промышленность самолечения

Д-р D. WEBBER
Г-жа S. DURAND-STAMATIADIS

International World Vision

Д-р M. AMAYUN
Г-н T. GETMAN

КОМИТЕТЫ И РАБОЧИЕ ГРУППЫ¹

1. Комитет по программным, бюджетным и административным вопросам

Г-н M.N. Khan (Пакистан), Председатель Исполнительного комитета, член ex officio, д-р D. Hansen-Koenig (Люксембург), заместитель Председателя Исполнительного комитета, член ex officio, г-жа J. Halton (Австралия), д-р N.A. Haffadh (Бахрейн), д-р Jigmi Singay (Бутан), г-н I. Shugart (Канада), профессор D. Houssin (Франция), д-р A.M. Ali Mohammed Salih (Ирак), г-н J. Junor (Ямайка), д-р M. Phooko (Лесото), профессор J. Pereira Miguel (Португалия), д-р J.D. Ntawukuliryayo (Руанда), д-р Suwit Wibulpolprasert (Таиланд), д-р V. Tangi (Тонга).

Первое внеочередное заседание, 24 февраля 2006 г.: г-жа J. Halton (Австралия, Председатель), д-р S.A. Khalfan (Бахрейн, заместитель д-ра N.A. Haffadh), д-р Jigmi Singay (Бутан), г-н D. Strawczynski (Канада, заместитель г-на I. Shugart), д-р J.-B. Brunet (Франция, заместитель профессора D. Houssin), д-р E.A. Aziz (Ирак, заместитель д-ра A.M. Ali Mohammed Salih), д-р B. Wint (Ямайка, заместитель г-на J. Junor), г-н T.J. Ramotsoari (Лесото, заместитель д-ра M. Phooko), профессор J. Pereira Miguel (Португалия), г-н A. Kayitayire (Руанда, заместитель д-ра J.D. Ntawukuliryayo), д-р Viroj Tangcharoensathien (Таиланд, заместитель д-ра Suwit Wibulpolprasert), д-р V. Tangi (Тонга).

2. Комитет по программным, бюджетным и административным вопросам

Г-н M.N. Khan (Пакистан), Председатель Исполнительного комитета, член ex officio, д-р D. Hansen Koenig (Люксембург), заместитель Председателя Исполнительного комитета, член ex officio, г-жа J. Halton (Австралия), д-р N.A. Haffadh (Бахрейн), д-р Jigmi Singay (Бутан), г-н I. Shugart (Канада), профессор D. Houssin (Франция), д-р A.M. Ali Mohammed Salih (Ирак), д-р B. Wint (Ямайка), д-р M. Phooko (Лесото), профессор J. Pereira Miguel (Португалия), д-р J.D. Ntawukuliryayo (Руанда), д-р Suwit Wibulpolprasert (Таиланд), д-р V. Tangi (Тонга).

Четвертое заседание, 19 мая 2006 г.: г-жа J. Halton (Австралия, Председатель), д-р S.A. Khalfan (Бахрейн, заместитель д-ра N.A. Haffadh), д-р Jigmi Singay (Бутан), г-н P. Oldham (Канада, заместитель г-на I. Shugart), д-р J.-B. Brunet (Франция, заместитель профессора D. Houssin), д-р B. Wint (Ямайка), г-н T. Ramatsoari (Лесото, заместитель д-ра M. Phooko), профессор J. Pereira Miguel (Португалия), д-р Viroj Tangcharoensathien (Таиланд, заместитель д-ра Suwit Wibulpolprasert), д-р V. Tangi (Тонга).

¹ Нынешний состав с указанием фамилий тех членов Исполкома, которые присутствовали на заседаниях со времени предшествующей сессии Исполкома.

3. Комитет Исполкома для обсуждения доклада Комиссии по правам интеллектуальной собственности, инновациям и общественному здравоохранению¹

Заседание 28 апреля 2006 г.: д-р Suwit Wibulpolprasert (Таиланд, Председатель), г-жа С. Patterson (Австралия, заместитель г-жа J. Halton, заместитель Председателя), д-р Jigmi Singay (Бутан), д-р Р.М. Buss (Бразилия), г-н М. Sanger (Канада, заместителя г-на I. Shugart), г-н D.Á. Gunnarsson (Исландия), д-р Н. Shinozaki (Япония), д-р J. Nyikal (Кения), г-н J.-M. Rasolonjatovo (Мадагаскар, заместитель д-р R.R. Jean Louis), г-н R.S. Sheikh (Пакистан, заместитель г-на M.N. Khan), профессор J. Pereira Miguel (Португалия), д-р I.E.M. Abdulla (Судан, заместитель д-ра Т. Botros Shokai).

4. Постоянный комитет по неправительственным организациям

Г-н О.К. Shiraliyev (Азербайджан), д-р Р. М. Buss (Бразилия), д-р Ren Minghui (Китай), д-р R.R. Jean Louis (Мадагаскар), д-р Suwit Wibulpolprasert (Таиланд).

¹ Участвовали два члена от каждого региона.

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ

ПЕРВОЕ ЗАСЕДАНИЕ

Понедельник, 29 мая 2006 г., 09 ч. 40 м.

Председатель: г-н M.N. KHAN (Пакистан)

позднее: д-р F. ANTEZANA ARANÍBAR (Боливия)

1. ОТКРЫТИЕ СЕССИИ И УТВЕРЖДЕНИЕ ПОВЕСТКИ ДНЯ: пункт 1
предварительной повестки дня (документы EB118/1 и EB118/1 (annotated))

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ выражает скорбь и сочувствие в связи с недавним землетрясением в Индонезии, в результате которого 5000 человек погибли, 20 000 получили травмы и еще большее число людей вынуждены были покинуть места проживания. Его страна, Пакистан, пережила аналогичную трагедию в 2005 году.

Он объявляет Сто восемнадцатую сессию Исполнительного комитета открытой и предлагает членам Исполкома рассмотреть предварительную повестку дня за исключением двух предложений в отношении дополнительных пунктов.

Д-р SHANGULA (Намибия) предлагает рассматривать подпункты 5.5 и 8.3 совместно, поскольку оба касаются Целей тысячелетия в области развития

Профессор PEREIRA MIGUEL (Португалия), выступая от имени государств - членов Европейского союза, просит пригласить Европейскую комиссию участвовать в работе совещаний подкомитетов или других вспомогательных органов Исполкома на его Сто восемнадцатой сессии, в соответствии со статьей 4 Правил процедуры Исполнительного комитета.

Г-н BURCI (юрисконсульт) напоминает, что такая же просьба была представлена Сто семнадцатой сессии Исполкома в январе 2006 г., и тогда Исполком согласился на участие Комиссии по соответствующим пунктам повестки дня при условии четкого заявления о разделении компетенций между Сообществом и ее государствами-членами¹. Исполком, возможно, пожелает поступить таким же образом на нынешней сессии.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что поскольку нет возражений, он считает, что Исполком желает удовлетворить эту просьбу.

Предложение принимается.

¹ См. документ EB117/2006/REC/2, протокол первого заседания, раздел 1.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ, ссылаясь на документы EB118/7 и EB118/18, предлагает включить в повестку дня два дополнительных пункта, а именно: "Рассмотрение вопроса об ускорении процедуры избрания следующего Генерального директора Всемирной организации здравоохранения" и "Заместитель Генерального директора Всемирной организации здравоохранения". Поскольку нет возражений, он считает, что Исполком согласен включить оба пункта под номерами 9 и 10, соответственно.

Повестка дня с поправками принимается¹.

2. ВЫБОРЫ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ, ЗАМЕСТИТЕЛЕЙ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ И ДОКЛАДЧИКА:
пункт 2 повестки дня

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ предлагает выдвигать кандидатуры на должность Председателя.

Д-р GOMES TEMPORÃO (Бразилия) предлагает кандидатуру д-ра F. Antezana Aranibar (Боливия), д-р WINT (Ямайка) поддерживает это предложение.

Д-р Antezana Aranibar избирается Председателем.

ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА благодарит г-на Khan, прежнего Председателя, за прекрасную работу и лидерство, проявленные за прошедший год. Он также потрясен катастрофой в Индонезии и надеется, что ВОЗ окажет такую же помощь, какую она оказала после катастрофы в Пакистане.

**Исполняющий обязанности Генерального директора вручает г-ну Khan
председательский молоток на память.**

Г-н M.N. KHAN (Пакистан) говорит, что считает честью для себя стимулирующую задачу руководства работой Исполнительного комитета и благодарит членов Исполкома, покойного Генерального директора и Секретариата за их помощь. Возрастает число конфликтов, стихийных бедствий и вспышек болезней, которые представляют большую угрозу для безопасности и здоровья людей. В таких случаях ресурсы необходимо мобилизовать быстро, чтобы оказывать поддержку восстановлению и обеспечению устойчивости системы здравоохранения. Для проведения быстрых, справедливых и эффективных с точки зрения затрат действий во всем мире необходимо создать центры экстренной помощи, подобные тому, который Региональное бюро для Восточного Средиземноморья планирует создать в Пакистане. Чтобы избежать потерь драгоценного времени при мобилизации средств, Исполком на своей Сто семнадцатой сессии предложил предоставить в распоряжение Генерального директора специально предназначенные для этого средства, позволяющие незамедлительно принимать действия с последующей отчетностью о расходах². ВОЗ и системе Организации Объединенных Наций в целом необходимо активизировать усилия для обеспечения чрезвычайной помощи жертвам конфликтов и стихийных бедствий.

Он отдает должное памяти покойного Генерального директора, о котором никогда не забудут члены Исполкома, надеется на плавный переход руководства и приветствует новых членов Исполкома.

Д-р Antezana Aranibar занимает место Председателя.

¹ См. стр. 61.

² См. документ EB117/2006/REC/2, протокол второго заседания, раздел 1.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ надеется, что его опыт поможет Исполкому преодолеть сложившуюся трудную ситуацию и обеспечить благополучие Организации и ее будущее. Он высоко ценит мудрость и знания членов Исполкома в той же мере, в какой он ценил мудрость и знания Генерального директора, память о котором должна вдохновлять членов Исполкома на работу, касающуюся управления Организацией, лидерства и будущего. Он предлагает выдвигать кандидатуры на четыре должности заместителей Председателя.

Д-р SHANGULA (Намибия), при поддержке д-ра RAHANTANIRINA (Мадагаскар), выдвигает кандидатуру д-ра Gakuruh (Кения).

Д-р HANSEN-KOENIG (Люксембург), при поддержке профессора PEREIRA MIGUEL (Португалия), предлагает г-на Shiraliyev (Азербайджан).

Д-р SINGAY (Бутан), при поддержке г-на DE SILVA (Шри-Ланка), предлагает кандидатуру д-ра Suwit Wibulpolprasert (Таиланд).

Г-жа HALTON (Австралия), при поддержке д-ра SHINOZAKI (Япония), предлагает кандидатуру д-ра Sadasivan (Сингапур).

Д-р Gakuruh (Кения), г-н Shiraliyev (Азербайджан), д-р Suwit Wibulpolprasert (Таиланд) и д-р Sadasivan (Сингапур) избираются заместителями Председателя.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ отмечает, что в соответствии со Статьей 15 Правил процедуры Исполнительного комитета, в случае, если Председатель окажется не в состоянии выполнять свои обязанности в промежутках между сессиями, его обязанности будет выполнять один из заместителей Председателя; порядок очередности, в котором заместителям Председателя предлагается замещать Председателя, определяется по жребию на сессии, на которой проводятся выборы.

По жребию выпал следующий порядок исполнения обязанностей заместителя Председателя: д-р Sadasivan (Сингапур), г-н Shiraliyev (Азербайджан), д-р Suwit Wibulpolprasert (Таиланд) и д-р Gakuruh (Кения).

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ предлагает выдвигать кандидатуры на должность Докладчика.

Д-р AL-SHAMARI (Ирак), при поддержке г-на MIGUIL (Джибути), предлагает кандидатуру д-ра Saheli (Ливийская Арабская Джамахирия).

Д-р Saheli избирается Докладчиком.

3. ПРОГРАММА РАБОТЫ

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ отмечает, что Исполком запланировал закончить свою работу не позднее 1 июня 2006 года. В случае появления непредвиденных обстоятельств, которые могут потребовать изменения расписания, будет проведена консультация с членами Исполкома. Он предлагает Исполкому рассмотреть два дополнительных пункта, касающихся ускорения процедуры выбора нового Генерального директора Всемирной организации здравоохранения (пункт 9) и заместителя Генерального директора Всемирной организации здравоохранения (пункт 10), после завершения рассмотрения пунктов 3 и 4 повестки дня.

Профессор PEREIRA MIGUEL (Португалия), выступая от имени государств - членов Европейского союза, которого поддержал профессор PAUNESCU (Румыния), просит рассмотреть дополнительный пункт повестки дня 9 на третьем заседании Исполкома.

Д-р STEIGER (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки), отмечая, что Исполкому представлено расписание, выражает свое решительное предпочтение рассмотреть два дополнительных пункта повестки дня на первом и втором заседаниях. Чтобы прийти к каким-то выводам, необходимо сделать перевод и подготовить пересмотренные тексты для рассмотрения Исполкомом на его третьем заседании.

Г-н MIGUIL (Джибути), д-р SHANGULA (Намибия), д-р KHALFAN (Бахрейн), г-жа HALTON (Австралия) и г-н DE SILVA (Шри-Ланка) поддерживают мнение Председателя и члена Исполкома от Соединенных Штатов Америки, а именно, что было бы желательно рассмотреть дополнительные пункты повестки дня незамедлительно.

Д-р GWENIGALE (Либерия) напоминает, что на специальной сессии Исполкома он просил Секретариат решить вопрос о заместителе Генерального директора¹. Он принял к сведению содержание доклада в документе EB118/20, однако не смог найти этого пункта в повестке дня.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ объясняет, что вопрос будет обсуждаться при рассмотрении двух дополнительных пунктов повестки дня.

В отношении просьбы члена Португалии подчеркнуть актуальность существа вопроса для других пунктов повестки дня, включая технические вопросы, он говорит, что большинство выступавших высказали свое предпочтение перейти к двум дополнительным пунктам сразу после рассмотрения пунктов 3 и 4.

Профессор PEREIRA MIGUEL (Португалия) снимает свое предложение; он сделал его, чтобы отразить тот факт, что нет достаточно времени для консультаций в отношении содержания документа EB118/20.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что, судя по всему, предложенная им программа работы может быть принята.

Предложение принимается.

4. ИТОГИ ПЯТЬДЕСЯТ ДЕВЯТОЙ СЕССИИ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: пункт 3 повестки дня (документ EB118/2)

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ напоминает, что Исполком был представлен на Пятьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения г-жой Halton (Австралия), д-ром Hansen-Koenig (Люксембург), г-ном M.N. Khan (Пакистан) и д-ром Shangula (Намибия), и просит д-ра Shangula представить доклад.

Д-р SHANGULA (Намибия) представляет документ EB118/2, в котором кратко описана работа, проделанная во время Ассамблеи здравоохранения. Дальнейшее рассмотрение вопросов об уничтожении запасов вируса натуральной оспы, укреплении здоровья в глобализованном мире и роли и ответственности ВОЗ в отношении научных исследований в области здравоохранения было отложено до сессии Исполкома в январе 2007 года.

¹ См. протокол заседания специальной сессии в данном томе, стр. 33.

Д-р WINT (Ямайка) говорит, что в связи с исключительными обстоятельствами, при которых открывалась Ассамблея здравоохранения, заслуживает похвалы реакция Секретариата. Благодаря незамедлительным действиям, государства-члены смогли проводить работу, несмотря на скорбь в связи с безвременной кончиной д-ра Ли.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ согласен, что Секретариат заслужил похвалы за то, что столь успешно справился с этой ситуацией. Он полагает, что Исполком желает принять доклад к сведению.

Доклад принимается к сведению.

5. ДОКЛАД КОМИТЕТА ИСПОЛКОМА ПО ПРОГРАММНЫМ, БЮДЖЕТНЫМ И АДМИНИСТРАТИВНЫМ ВОПРОСАМ: пункт 4 повестки дня (документ EB118/3)

Г-жа HALTON (Австралия), выступая в качестве Председателя Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам, говорит, что четвертое заседание Комитета было конструктивным, и подтверждает, что Комитет действительно нужен и действует в правильном направлении. Многие вопросы, обсужденные на заседании, были представлены Ассамблее здравоохранения и не потребовали дальнейших комментариев. Комитет продолжил обсуждение процесса реформы ВОЗ. Для Комитета было полезным то, что он сумел от имени Исполкома высказать свое мнение и дать ориентиры Секретариату и ВОЗ в отношении дальнейших усилий в этой области. Предложение сориентировать работу январской сессии 2007 г. на мониторинг финансовых ресурсов ВОЗ об этом было принято консенсусом.

Комитет также обсудил доклад о ходе работы по среднесрочному стратегическому плану и отметил его тесную связь с Одиннадцатой Общей программой работы, которая впоследствии была утверждена Ассамблеей здравоохранения¹. Комитет окончательно доработал этот документ от имени Исполкома. Члены Исполкома особо выделили Цели тысячелетия в области развития, необходимость сотрудничества с другими организациями системы Организации Объединенных Наций и необходимость для ВОЗ вести более стратегическую работу с партнерами в сфере общественного здравоохранения и развития. Комитет также просил представить среднесрочный стратегический план и доклад об оценке исполнения на рассмотрение всех региональных комитетов. В отношении утверждения поправок к Положениям и Правилам о персонале опоздание с выпуском документа EB118/11 вынудило Комитет передать этот вопрос на рассмотрение Исполкома без обсуждения в Комитете. Что касается стратегического распределения ресурсов (документ EB118/7), то состоялась горячая дискуссия в отношении механизма валидации, который был изменен после предшествовавшего заседания Комитета в целях учета интересов наименее развитых стран. Было проведено широкое обсуждение пересмотренного предложения, представленного Секретариатом, и в духе компромисса Комитет решил принять его и относиться ко всем наименее развитым странам, как равным по статусу наиболее нуждающимся странам. Однако компонент участия будет применяться как и в предыдущей модели. Комитет рекомендовал Исполкому также рассмотреть документ в духе компромисса, поскольку уверен, что руководящие принципы по стратегическому распределению ресурсов и соответствующий механизм валидации в случае их принятия обеспечат солидную основу для дальнейшей деятельности.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ замечает, что было бы полезно в будущем обсудить вопрос о том, как распределенные таким образом ресурсы будут проходить от штаб-квартиры к региональным бюро и затем к странам.

Исполком принимает доклад к сведению.

¹ Резолюция WHA59.4.

6. РАССМОТРЕНИЕ ВОПРОСА ОБ УСКОРЕНИИ ПРОЦЕДУРЫ ИЗБРАНИЯ СЛЕДУЮЩЕГО ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: пункт 9 повестки дня (документ EB118/20)

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ напоминает, что Исполком на своей специальной сессии в предшествующую неделю просил Секретариат представить нынешней сессии варианты ускорения процедуры избрания следующего Генерального директора. В документе EB118/20 изложены различные варианты. Исполком мог бы начать с общей дискуссии по предложенным концепциям до подробного обсуждения вариантов, хотя члены Исполкома могут свободно высказывать свои взгляды в отношении предпочтительного для них варианта уже сейчас.

Д-р SUWIT WIBULPOLRASERT (Таиланд) просит юрисконсульта разъяснить значение выражения "на своем следующем заседании" в Статье 109 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения. Поскольку Сто восемнадцатая сессия является следующей очередной сессией Исполкома после кончины д-ра Ли, означает ли это, что Исполкому будет необходимо выдвигать кандидатуры на нынешней сессии? В Статье 108 этих же Правил процедуры указан срок полномочий Генерального директора, который составляет пять лет. Поэтому перед Исполкомом - три варианта. Если он выберет тот, который не вписывается в нормальные пятилетние рамки, это может повлиять на срок полномочий следующего Генерального директора. Означает ли это, что Исполкому будет необходимо принимать решение о сроках полномочий Генерального директора? Если так, то он предложил бы следующей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения временно приостановить действие Статьи 108.

Г-н BURCI (юрисконсульт) говорит, что текст Статьи 109 составлялся тогда, когда не были установлены процедуры представления и отбора кандидатур на пост Генерального директора, и кандидатуры представлялись непосредственно Исполнительному комитету. Последующие изменения в подходе отражены в Статье 52 Правил процедуры Исполнительного комитета, однако в Статью 109 изменений не было внесено, что при особых обстоятельствах оставляет возможность противоречий между Статьей 109, в которой предлагается незамедлительно выдвигать кандидатуры, и Статьей 52, предусматривающей шестимесячный период для обсуждения кандидатур. В соответствии с буквой Статьи 109, "следующее заседание" состоялось 23 мая, на следующий день после кончины Генерального директора. Это не означает, что Исполком нарушил правила. Правила следует интерпретировать гибко в свете их предназначения, учитывая описанную ими ситуацию. По его мнению, таким образом Исполком имеет полномочия отложить рассмотрение кандидатур на более позднее заседание, если он сочтет, что это в наилучших интересах Организации и позволит избежать несовместимости с процессом, изложенным в Статье 52 Правил процедуры Исполкома.

Что касается Статьи 108, то в случае назначения Генерального директора в октябре или декабре, срок полномочий истечет через пять лет в октябре или декабре, то есть между сессиями Ассамблеи здравоохранения. Поэтому Ассамблее здравоохранения будет необходимо принять специальное решение о временном приостановлении действия этой части Статьи 108, с тем чтобы не применять правила о пятилетнем сроке и дать возможность продлить срок полномочий Генерального директора до сессии Ассамблеи здравоохранения, то есть до срока следующего назначения. На нынешней сессии Исполкому нет необходимости обсуждать сроки полномочий, однако он мог бы порекомендовать Ассамблее здравоохранения временно отменить действие Статьи 108 и принять соответствующее специальное решение.

Г-н DE SILVA (Шри-Ланка) говорит, что не следует терять времени при назначении нового Генерального директора. Если необходимо, то следует прагматически отнестись к изменениям Правил процедуры. Он поддерживает Вариант 1, График 1А. Затраты будут высоки, однако это является второстепенным по сравнению с важностью назначения по

возможности скорее, с тем чтобы новый Генеральный директор вступил в должность с 1 января и получил четкий мандат.

Д-р STEIGER (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) говорит, что он также предпочитает Вариант 1, График 1А, полагая, что длительная кампания парализует Организацию. Он решительно выступает за проведение специальной сессии Ассамблеи здравоохранения продолжительностью не более одного дня с единственным пунктом дня, а именно утверждение кандидата, предложенного Исполнительным комитетом. Можно подумать о сокращении затрат благодаря аренде какого-либо другого помещения, а не Дворца Наций. Его Правительство в максимально возможной степени использует для своей делегации сотрудников свою Миссию в Женеве, и он предлагает другим странам следовать этому примеру.

На проходящей ныне дискуссии Исполкома следует четко указать, что любой штатный сотрудник ВОЗ, намеревающийся выставить свою кандидатуру, должен взять отпуск на весь период кампании.

Д-р WINT (Ямайка) поддерживает Вариант 1, График 1А. Исключительные обстоятельства требуют исключительных мер. Учитывая текущие изменения в ВОЗ, включая процесс реформы и новую стратегию подготовки бюджета, очень важно сократить период, в течение которого Организация останется без руководства Генерального директора.

Д-р SHANGULA (Намибия) просит Секретариат предоставить Исполкому штатное расписание ВОЗ, в частности, на уровне помощников Генерального директора вместе с фамилиями лиц, занимающих должности. Он также просит дать письменные определения терминов "руководящие сотрудники" и "Секретариат" и включить их в *Основные документы* ВОЗ. Ему представляется, что эти термины могут интерпретироваться по-разному и привести к недоразумениям.

ВОЗ столкнулась с кризисом или чрезвычайной ситуацией? Ответ на этот вопрос поможет определить, как ускорить процесс. Среди последствий представленных вариантов возникает вопрос о временном приостановлении действий Правил процедуры. Напоминая об акценте, который ставился на необходимость соблюдать регламенты и действовать в соответствии с Правилами на специальной сессии Исполкома 23 мая, он считает, что нарушение существующих Правил процедуры допустимо лишь при крайней необходимости, и на этапе, ведущем к выдвижению кандидатуры Исполнительным комитетом, будет очень важно свести вмешательство к минимуму.

Д-р GOMES TEMPORÃO (Бразилия) говорит, что на специальной сессии Исполком гарантировал здоровое, техническое и административное руководство; теперь это нужно обеспечить. Поэтому он поддерживает Вариант 1, График 1А.

Д-р KHALFAN (Бахрейн) также поддерживает Вариант 1, График 1А.

Д-р REN Minghui (Китай) поддерживает заявление члена Исполкома от Намибии. Речь идет о некоторых фундаментальных принципах. Для оценки кандидатов на пост Генерального директора необходимо достаточное время. Нужно предпринять все усилия, чтобы не допустить изменений Правил процедуры или их несоблюдение. Процесс отбора должен быть эффективным, но не слишком долгим. Может ли Секретариат сообщить Исполкому на основе прошлого опыта, какое время потребуется Генеральному директору для вступления в должность после одобрения Ассамблеей здравоохранения кандидатуры, представленной Исполкомом?

Г-н RAMOTSOARI (Лесото), также поддерживая заявление члена Исполкома от Намибии, напоминает, что на специальной сессии Исполкома африканские страны подчеркнули важность тщательного подхода в отношении соблюдения Правил процедуры

руководящих органов, учитывая, что в исключительных случаях возможно будет необходимо вносить изменения или временно приостанавливать их действия.

Будет обеспечено финансирование на покрытие указанных в некоторых вариантах расходов, и это не должно сказаться отрицательно на выполнении программ. Глядя в будущее, он предлагает рассмотреть вопрос о региональной ротации должности Генерального директора. Он поддерживает Вариант 1.

Д-р GØTRIK (Дания) согласен с ускоренным процессом, однако подчеркивает, что для подбора подходящего кандидата необходимо достаточно времени. Этот процесс должен проходить при полном соблюдении Правил процедуры. В этом году предстоят еще одни важные выборы в системе Организации Объединенных Наций, и, возможно, не следовало бы проводить и те, и другие выборы одновременно. Он согласен с членом Исполкома от Соединенных Штатов Америки, что любые экстраординарные механизмы должны быть, по возможности, недорогими, и поэтому мог бы поддержать Вариант 1, График 1В или, возможно, Вариант 2.

Д-р HANSEN-KOENIG (Люксембург) поддерживает замечания предыдущих ораторов и согласна с заявлением члена Исполкома от Ямайки. Необходимо поблагодарить Секретариат за обеспечение нормальной работы Ассамблеи здравоохранения в таких сложных условиях. ВОЗ необходимо мощное политическое лидерство, и нового Генерального директора следует назначить, по возможности, быстрее. Она еще раз подчеркивает, что необходимо выбрать наилучшего кандидата. Поэтому она предпочла бы не допускать излишней спешки, а также ненужных манипуляций с существующими Правилами процедуры. Поэтому она могла бы поддержать Вариант 1, График 1В, или, возможно, Вариант 2.

Д-р SUWIT WIBULPOLRASERT (Таиланд) согласен с членом Исполкома от Китая в том, что следовало бы запросить информацию об оплате в отношении срока, который проходит между назначением Генерального директора Ассамблеей здравоохранения и фактическим вступлением в должность.

Г-н AITKEN (советник Генерального директора) говорит, что по этому пункту нет конкретных правил. Однако обычно этот период составляет два месяца.

Д-р SUWIT WIBULPOLRASERT (Таиланд) говорит, что в свете нынешней нестабильной медико-санитарной ситуации в мире, угрозы пандемии птичьего гриппа и ряда недавних стихийных бедствий необходимо назначить Генерального директора как можно скорее. Однако ни один из предложенных вариантов не дает достаточного ускорения процесса. Хотя он считает, что в принципе Правила процедуры нельзя нарушать, он согласен, что в связи с экстренной ситуацией будет оправданным гибкое их толкование. Он согласен с предложением члена Исполкома от Соединенных Штатов Америки предложить любому кандидату из Секретариата оставить свой пост в течение периода кампании для обеспечения прозрачности.

Д-р SHINOZAKI (Япония) согласен, что для обеспечения стабильности и надлежащего функционирования Организации очень важен плавный и быстрый переход от исполняющего обязанности Генерального директора до избранного Генерального директора.

Д-р GWENIGALE (Либерия) говорит, что хотя некоторые члены Исполкома, которые высказались за Вариант 1, возможно, уже знают, кого они хотели бы выбрать Генеральным директором, важно рассмотреть все кандидатуры, поскольку здесь могут быть политические соображения. Он предпочитает График 1В, поскольку он не нарушает ни Статьи 52 Правил процедуры Исполнительного комитета, ни Статьи 108 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения и позволяет новому Генеральному директору вступить в должность сразу же после избрания.

Г-н MIGUIL (Джибути) решительно поддерживает Вариант 1. Ускорение процесса избрания приведет к лучшему руководству Организацией. Необходимо решительное лидерство и яснovidение, и поскольку мир сталкивается с рядом пандемий и медико-санитарных кризисов - актуальность и устойчивость действий ВОЗ должны превалировать над любыми бюджетными соображениями.

Он призывает Исполком извлечь соответствующие уроки из вакуума власти в связи с кончиной д-ра Ли, что привело к фривольному толкованию Правил процедуры, и полностью разделяет взгляды, выраженные членом Исполкома от Таиланда. Он поддерживает предложение в отношении ротации между регионами на высшем руководящем уровне, с тем чтобы отразить различные и в то же время дополняющие вклады государств-членов.

Профессор PEREIRA MIGUEL (Португалия) говорит, что есть три главных приоритета: выбрать наилучшего кандидата, не нарушать Правила процедуры и ускорить процесс избрания. Он поддерживает вариант, предложенный членом Исполкома от Намибии.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ подчеркивает, что не предпринимается попыток нарушать Правила процедуры. Предложение скорее касается их изменения, если выбранный вариант потребует этого.

Д-р TANGI (Тонга) напоминает о Статье 31 Устава, в которой указывается, что Генеральный директор назначается Ассамблеей здравоохранения по представлению Исполкома на условиях, устанавливаемых Ассамблеей. Таким образом, нет необходимости временно прекращать действия Статьи 108. Следующий Генеральный директор должен вступить в должность до январской сессии Исполкома и принять участие в составлении повестки дня сессии как Исполкома, так и Ассамблеи здравоохранения. Таким образом, можно использовать как График 1А, так и График 1В; поскольку единственная разница между двумя графиками - это длительность процесса выдвижения кандидатур, он предпочитает График 1А.

Д-р SINGAY (Бутан) согласен, что главное - выбрать наилучшего кандидата. Организация действительно переживает кризис. Он поддерживает предложение члена Исполкома от Таиланда. Новый Генеральный директор должен активно участвовать в подготовке программного бюджета и хорошо знать Общую программу работы. Он также поддерживает График 1А.

Д-р JAKSONS (Латвия) согласен с взглядами, выраженными членами Исполкома от Дании и Люксембурга. Он сомневается, смогут ли члены Исполкома завершить процесс за двухмесячный период, особенно в летний сезон с северном полушарии, когда многие уходят в отпуска, и попытка сделать это может привести к неожиданным проблемам. Поскольку Графики 1В и 2 отличаются незначительно, он предпочитает График 2.

Г-н SHUAAIB (заместитель д-ра Al-Shammari, Ирак) поддерживает Вариант 1, График 1А, поскольку это укрепит роль Организации в нынешней трудной ситуации.

Д-р VOLJČ (Словения) напоминает важным вопрос о том, не переживает ли Организация кризиса. Если кризис действительно существует, тогда необходимо предпринимать безотлагательные действия, если же нет, необходимо нормализовать процедуру и дать время для всех регионов и стран предложить своих лучших кандидатов.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ указывает, что специальная сессия Исполкома созывалась в связи с кризисом для решения проблемы отсутствия автоматической процедуры замены Генерального директора из-за отсутствия заместителя Генерального директора. Эта проблема была решена, однако нельзя отрицать, что сложилась необычная ситуация, требующая необычных решений.

Заседание закрывается в 12 ч. 30 м.

ВТОРОЕ ЗАСЕДАНИЕ

Понедельник, 29 мая 2006 г., 14 ч. 05 м.

Председатель: д-р F. ANTEZANA ARANÍBAR (Боливия)

1. РАССМОТРЕНИЕ ВОПРОСА ОБ УСКОРЕНИИ ПРОЦЕДУРЫ ИЗБРАНИЯ СЛЕДУЮЩЕГО ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: пункт 9 повестки дня (документ EB118/20) (продолжение)

Д-р NTAWUKURIRYAYO (Руанда) отмечает, что существующие правила замены Генерального директора неадекватны и что для надлежащего руководства и эффективности, особенно в области бюджетного и финансового управления, необходим ускоренный процесс. Поэтому он поддерживает График 1А, который обеспечивает, по возможности, самое быстрое назначение. Он также поддерживает предложение члена Исполкома от Намибии о ротации поста Генерального директора между регионами.

Профессор AYDIN (Турция) согласен, что наилучшим решением представляется График 1А, однако его беспокоит временное приостановление действия и возможное нарушение Правил процедуры. И интересуется, не нарушает ли График 1А Статью 31 Устава? Хотя более спокойным вариантом представляется График 3, он не помогает решить проблему. Соответственно, он бы предпочел График 2.

Г-н BURCI (юрисконсульт) говорит, что и Статья 53 Правил процедуры Исполнительного комитета, и Статья 122 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения предусматривают временное приостановление действия Правил процедуры в особых обстоятельствах при условии заблаговременного уведомления. Поэтому ускорение процесса избрания следующего Генерального директора не будет нарушением Правил процедуры.

Г-жа HALTON (Австралия) говорит, что доверие к ВОЗ имеет важнейшее значение для улучшения состояния здоровья населения в мире и эффективных действий в таких медико-санитарных кризисах, как тот, что был вызван недавним землетрясением в Индонезии. Люди во всем мире все больше нервничают в результате угроз для здоровья от птичьего гриппа и биотерроризма, учитывая отсутствие конкретных положений в Уставе и Правилах процедуры. Отсутствие ясности в отношении того, как действовать далее, может привести к кризису доверия или системному кризису. Утрата доверия к ВОЗ может отрицательно повлиять на оказание важнейших услуг и привести к таким экономическим последствиям, которые не позволят ей выполнять свою работу. Соответственно, необходимо прояснить процедуры не только в отношении сложившейся ситуации, но и на будущее. Если данный состав Исполкома не установит процедуры для решения нынешней и будущих проблем, он не выполнит своего долга.

В настоящем случае Исполкому надлежит принять решение в отношении желаемых результатов и сроков. В своих планах он должен учитывать заседания региональных комитетов, заседания для обсуждения бюджета и свою собственную сессию в январе 2007 года. Исполкому необходимо изучить практические последствия процесса назначения. Невозможно назначить Генерального директора до сессий региональных комитетов, и может быть определенной пробуксовка в отношении заседаний для обсуждения бюджета, однако Исполком не может себе позволить не выдвинуть кандидатуру Генерального директора к своей сессии в январе 2007 года. Ясно, что государствам-членам потребуется время для тщательного

рассмотрения биографий кандидатов, особенно учитывая задержки, которые могут вызвать предстоящие летние отпуска в северном полушарии. Тем не менее, выбор Графика 3 будет означать невыполнение долга Исполкома. График 2 будет слишком медленным, поскольку новому Генеральному директору может потребоваться два месяца для вступления в должность. График 1А, возможно, не даст некоторым странам достаточно времени для изучения биографий кандидатов. График 1В может затруднить своевременное назначение Генерального директора. Если Исполком желает предложить наилучшего возможного кандидата, он должен принять тот факт, что предложенному кандидату понадобится определенный период времени перед тем, как занять этот пост. Она поэтому спрашивает, нельзя ли найти компромиссного решения в виде чего-то среднего между Графиком 1А и Графиком 1В. Например, если созвать следующие сессии Исполкома и Ассамблеи здравоохранения в начале ноября, - новый Генеральный директор будет располагать двумя месяцами, прежде чем он займет свой пост.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ отмечает, что отпуска можно отодвинуть на второй план, когда речь идет о рассмотрении кандидатур на столь важный пост.

Д-р КАКАР (Афганистан) отмечает, что предпочтения членов Исполкома объясняются различными соображениями, например желанием не нарушать Статью 52 и необходимостью выделить достаточно времени для выбора наилучшего кандидата. Однако общественные интересы требуют назначить нового Генерального директора как можно скорее. Он предпочитает График 1А, однако мог бы поддержать компромиссное решение, предложенное членом Исполкома от Австралии. Он также поддерживает предложение о том, чтобы в процессе отбора кандидатов уделялось внимание регионам, из которых еще не было генеральных директоров.

Д-р SAHEL (Ливийская Арабская Джамахирия) говорит, что глобальные медико-санитарные потребности, возникающие в результате стихийных бедствий, конфликтов и эпидемий, обуславливают необходимость ускорения процесса отбора. Как и большинство членов Исполкома, он предпочитает График 1А и считает, что период в восемь-девять недель достаточен для проведения этого процесса.

Г-н АЙКЕН (советник Генерального директора), касаясь финансовых последствий, описанных в документе EB118/20, говорит, что имеется два возможных помещения для предлагаемой специальной сессии Ассамблеи здравоохранения, а именно Дворец Наций и Женевский международный центр конференций. Швейцарское правительство не будет взимать плату за использование Центра, однако он не будет свободен во все даты, предложенные в различных графиках. Стоимость использования Дворца Наций составит 30 000 долл. США.

ВОЗ практикует оплату путевых расходов делегаций из наименее развитых стран. Стоимость для всех 50 таких стран составит 180 000 долл. США, однако если 35 из этих стран, имеющих миссии в Женеве, решат использовать в качестве делегатов их сотрудников, то эта сумма составит всего лишь 60 000 долл. США. Секретариат предложил октябрь по Графику 1А и декабрь по Графику 1В, однако можно провести специальные сессии в ноябре. Специальную сессию Ассамблеи здравоохранения можно было бы провести в четверг, после сессии Исполкома с понедельника по среду. Подтверждается, что и Дворец Наций и Центр конференций будут свободны в четверг 2 ноября и в четверг 9 ноября.

Д-р GWENIGALE (Либерия) говорит, что страны Западной Африки, которым приходится преодолевать трудности в области транспорта и коммуникаций, предпочитают График 1В. Однако он не будет возражать против проведения сессий Исполкома и Ассамблеи здравоохранения в ноябре.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что имеется согласие, во-первых, в том, что ВОЗ необходимо обеспечить наилучшего возможного кандидата на пост Генерального директора и, во-вторых,

что такой кандидат должен быть назначен как можно скорее. Новому Генеральному директору необходимо вступить в должность до сессии Исполкома в январе 2007 г., с тем чтобы возглавить процесс подготовки программного бюджета. Ясно, что Генеральный директор не будет назначен до сессии региональных комитетов в сентябре 2006 года. Это ограничивает возможности Графиком 1А, Графиком 1В или другой альтернативой, например предложением члена Исполкома от Австралии, которое бы удовлетворяло различные интересы. Поэтому он предлагает Исполкому рассмотреть "График 1А плюс", который позволит назначить наилучшего возможного кандидата после рассмотрения Исполкомом кандидатур в наиболее подходящее время, при том что целью является вступление в должность нового Генерального директора к январю 2007 года.

Д-р STEIGER (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) говорит, что этот компромисс представляется удовлетворительным. Период выдвижения кандидатур начнется 1 июня 2006 г. и продолжится до конца сентября. Специальную сессию Исполнительного комитета можно провести с 6 по 8 ноября, а затем - специальную сессию Ассамблеи здравоохранения 9 ноября. По финансовым причинам он предпочел бы проводить сессию Ассамблеи в Женевском международном центре конференций.

Д-р GØTRIK (Дания) поддерживает это предложение, однако он сомневается, что Исполкому необходимо заседать три дня, когда было бы достаточно и двух.

Д-р SHANGULA (Намибия) отмечает, что Исполком обсуждает предложение "График 1А плюс", которого не существует в письменном виде. Поскольку все другие варианты и их финансовые последствия представлены в письменном виде, такая же процедура должна касаться и последнего предложения. Он предпочитает График 1В, который связан с наименьшими нарушениями Правил процедуры и дает достаточно времени для рассмотрения биографий кандидатов и достижения консенсуса в отношении наилучшего кандидата для назначения.

Г-н AITKEN (советник Генерального директора) говорит, что затраты на предложенный "График 1А плюс" будут такими же, что и на Графики 1А и 1В. Письменная информация о промежуточном графике вместе с проектом резолюции для рассмотрения Исполкома будет готова к следующему утру. Исполкому, по-видимому, понадобятся полные три дня заседаний для процесса выборов, поскольку ему необходимо согласовать краткий список кандидатов, принять решение о том, как проводить собеседование, и провести сами выборы.

Г-н MIGUIL (Джибути) интересуется, нельзя ли провести выборы в конце ноября, поскольку на начало ноября запланировано много важных совещаний.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что членам Исполкома придется решить, что для них важнее.

Д-р SUWIT WIBULPOLPRASERT (Таиланд) согласен присоединиться к консенсусу по промежуточному графику, хотя он предпочел бы выборы пораньше.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что в отсутствие возражений он полагает, что Исполком желает отложить дальнейшее рассмотрение процедуры выборов Генерального директора до следующего утра, когда информация о предлагаемом промежуточном графике и проект резолюции будут представлены в письменном виде.

Предложение принимается.

(Утверждение резолюции см. протокол третьего заседания, раздел 2).

2. ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: пункт 10 повестки дня (документ EB118/19)

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ объясняет, что этот пункт был добавлен в повестку дня для разъяснения статуса заместителя Генерального директора.

Д-р SHANGULA (Намибия) напоминает, что на предшествующем заседании он попросил представить письменную информацию о числе постов на уровне помощника Генерального директора и выше и о числе вакантных постов в настоящее время. Он по-прежнему желает получить эту информацию.

Г-н AITKEN (советник Генерального директора) перечисляет фамилии и страны происхождения всех сотрудников на уровне помощника Генерального директора и выше, а именно помощников Генерального директора, включая его самого, и региональных директоров. Исполняющий обязанности Генерального директора ранее был помощником Генерального директора по общему управлению.

Д-р SHANGULA (Намибия) спрашивает, какую должность официально занимает в настоящее время д-р Nordström.

Г-н AITKEN (советник Генерального директора) говорит, что официальная должность д-ра Nordström - исполняющий обязанности Генерального директора, и эту должность он занимает с 22 мая 2006 года. Исполком подтвердил такое назначение 23 мая.

ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА говорит, что в свете сложившейся ситуации он не желал бы и далее исполнять функции заместителя Генерального директора.

После вопроса д-ра STEIGER (заместителя д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) г-н AITKEN (советник Генерального директора) объясняет, что с юридической точки зрения д-р Nordström все еще занимает должность заместителя Генерального директора. Если для кого-либо будет сочтено необходимым выполнять функцию лица, занимающего этот пост, необходимо будет назначить другого сотрудника, чтобы действовать на месте д-ра Nordström. Однако нынешняя ситуация уникальна тем, что после назначения Генерального директора д-р Nordström возвратится не на должность заместителя Генерального директора, а на его изначальную должность помощника Генерального директора.

Д-р KHALFAN (Бахрейн) спрашивает, назначен ли исполняющий обязанности помощника Генерального директора.

ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА говорит, что три из его старших сотрудников будут по очереди выполнять функцию исполняющего обязанности помощника Генерального директора по вопросам управления.

Д-р SUWIT WIBULPOLPRASERT (Таиланд) спрашивает, какой оклад будет получать исполняющий обязанности Генерального директора.

Г-н AITKEN (советник Генерального директора) говорит, что после трех месяцев исполняющий обязанности Генерального директора будет получать тот же оклад, что и Генеральный директор, и что это - стандартная практика для любого сотрудника, исполняющего обязанности другого. До тех пор он будет получать оклад заместителя Генерального директора. Однако оклад заместителя Генерального директора не пересматривался с 1998 г., и последняя имеющаяся цифра фактически ниже, чем оклад

помощника Генерального директора. Поэтому д-р Nordström будет и далее получать оклад помощника Генерального директора в течение этого трехмесячного периода. Ожидается, что Ассамблея здравоохранения примет решение в отношении оклада заместителя Генерального директора на своей следующей сессии в мае 2007 г. и задним числом скорректирует оклад д-ра Nordström.

Д-р SUWIT WIBULPOLPRASERT (Таиланд) говорит, что если д-р Nordström является заместителем Генерального директора, он должен получать оклад по этой должности, даже если этот оклад ниже, чем тот, что он получал раньше.

Д-р GWENIGALE (Либерия) указывает, что не все члены Исполкома приняли вступление д-ра Nordström на пост заместителя Генерального директора. Лично он считает д-ра Nordström помощником Генерального директора, исполняющим обязанности Генерального директора.

Отвечая на вопрос д-ра TANGI (Тонга), г-н AITKEN (советник Генерального директора) говорит, что, как указано в пункте 8 документа EB118/19, оклад заместителя Генерального директора традиционно устанавливается на том же уровне, что и оклад заместителя Генерального секретаря Организации Объединенных Наций. Однако Ассамблее здравоохранения потребуется принять в этой связи официальное решение.

Д-р STEIGER (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) согласен с членом Исполкома от Таиланда в том, что если д-р Nordström является заместителем Генерального директора, он должен получать оклад по этой должности, а не более высокий оклад.

Однако он не поддерживает мнение члена Исполкома от Либерии. Исполнительный комитет не может оспаривать назначение д-ром Ли своего заместителя; в задачу Исполкома входит назначение исполняющего обязанности Генерального директора.

Г-н AITKEN (советник Генерального директора) говорит, что сотрудник, получающий определенный оклад, обычно сохраняет право на этот оклад, даже если он или она впоследствии занимают менее высокую должность, если только понижение в должности не было наказанием за какие-то нарушения.

Г-н BURCI (юрисконсульт) подтверждает, что назначение своего заместителя является прерогативой Генерального директора. В соответствии со Статьей 113 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения, Исполнительный комитет назначил исполняющего обязанности Генерального директора.

Г-н AITKEN (советник Генерального директора), отвечая на вопрос д-ра KHALFAN (Бахрейн), объясняет, что функции д-ра Nordström в качестве исполняющего обязанности Генерального директора и заместителя Генерального директора прекратятся по назначении нового Генерального директора и что тогда он возвратится на свой пост помощника Генерального директора, отвечающего за общее управление, как это указано в меморандуме покойного Генерального директора.

Г-н SHIRALIYEV (Азербайджан) говорит, что вполне нормально, если д-р Nordström будет пользоваться теми благами, которые соответствуют должности заместителя Генерального директора, пока он занимает эту должность. Следует также рассмотреть вопрос о его вознаграждении в качестве исполняющего обязанности Генерального директора. Он интересуется, сохранится ли должность заместителя Генерального директора после назначения нового Генерального директора и будет ли такое назначение прерогативой Генерального директора?

Д-р TANGI (Тонга), напоминая содержание меморандума¹ покойного Генерального директора и обращая внимание на Статью 4.5 Правил о персонале, в которой идет речь о назначении и сроках полномочий заместителя Генерального директора, помощников Генерального директора и региональных директоров, говорит, что при рассмотрении различных связанных с этим процедур Исполкому важно учесть все аспекты.

Д-р FRENK (заместитель г-на Bailón, Мексика) замечает, что дискуссии на нынешней и на специальной сессии показали потребность в углубленном рассмотрении не только для прояснения сложившейся ситуации, но и для определения того, какие нужны пересмотры для устранения любых сомнений и неопределенностей в соответствующих правилах и положениях. Он предлагает создать рабочую группу для уточнения определений и процедур, с тем чтобы Организация могла и в будущем действовать более эффективно и более определено.

ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА приветствует это предложение и предлагает просить Секретариат провести такой обзор, который бы включал все соответствующие аспекты сложившейся за последнюю неделю ситуации, включая те, что касаются должности заместителя Генерального директора, и подготовить доклад для рассмотрения Комитетом Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам, а впоследствии и Исполкомом на его сессии в январе 2007 года.

Г-н AITKEN (советник Генерального директора) подтверждает, что эта процедура практически осуществима.

Д-р KHALFAN (Бахрейн) говорит, что необходимо серьезно рассмотреть вопрос о том, обязательно ли назначать заместителя Генерального директора или следует оставить это на усмотрение Генерального директора.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ предлагает Исполкому последовать предложению исполняющего обязанности Генерального директора. Однако будет необходимо скоординировать обзор с процедурами, принятыми для отбора нового Генерального директора.

Предложение принимается.

В ответ на вопрос г-на MIGUL (Джибути) ПРЕДСЕДАТЕЛЬ заверяет, что все соответствующие аспекты, включая сделанные ранее предложения о том, чтобы кандидатуры на должность Генерального директора подлежали региональной ротации, будут учтены в ходе обзора.

3. ТЕХНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ И ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: пункт 5 повестки дня

Борьба с лейшманиозом: пункт 5.1 повестки дня (документы EB118/4 и EB118/4 Add.1)

Д-р КАКАР (Афганистан), выступая от имени государств - членов Региона Восточного Средиземноморья, говорит, что в 21 из 23 стран этого Региона отмечаются различные формы лейшманиоза. В Сомали и Судане регулярно происходят серьезные вспышки антропонозного висцерального лейшманиоза с высокой смертностью из-за трудного доступа в пораженные районы и высокой стоимости диагностических средств и лекарств. Антропонозный кожный лейшманиоз, вызываемый *Leishmania tropica*, является второй по значению формой болезни в Регионе, особенно в Афганистане, Исламской Республике Иран, северном Пакистане и

¹ Документ EBSS/2.

Сирийской Арабской Республике. Поскольку не имеется эффективной стратегии профилактики для сокращения или предупреждения, профилактика и борьба ограничиваются выявлением случаев и лечением, что представляет собой тяжелое бремя для систем здравоохранения. Регулярные вспышки зоонозного кожного лейшманиоза, которые отмечаются в пустынных зонах во всем Регионе, обычно связаны с резким увеличением популяций резервуара грызунов в дождливые годы или после проведения проектов по развитию водных ресурсов. Зоонозный висцеральный лейшманиоз, резервуар которого находится в собаках, случается в 18 государствах - членах Региона. Спорадический характер течения этой болезни у людей затрудняет разработку эффективных с точки зрения затрат стратегий профилактики.

Он поддерживает проект резолюции, содержащийся в докладе, и подчеркивает инициативы по обеспечению снижения цен на лекарства. Он положительно оценивает деятельность Специальной программы ЮНИСЕФ/ПРООН/Всемирного банка/ВОЗ по научным исследованиям и подготовке кадров в области тропических болезней за продвижение новых недорогих диагностических и лечебных средств. В пораженных районах потребуются дополнительные полевые исследования, с тем чтобы улучшить понимание экологии различных видов *Leishmania* и разработать эффективные с точки зрения затрат стратегии профилактики. Борьба с лейшманиозом заслуживает более структурированной программы на глобальном уровне и требует более амбициозных долговременных целей, учитывая, что не имеется ближайших перспектив какого-либо сокращения в передаче или бремени лейшманиоза.

Д-р SHANGULA (Намибия) напоминает, что его страна в заявлении на пленарном заседании Пятьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения от имени государств - членов Сообщества по развитию юга Африки аргументировала необходимость разработки соответствующих и недорогих технологий для борьбы с игнорируемыми тропическими болезнями, включая лейшманиоз. В докладе, пожалуй, поставлен излишний акцент на связь между лейшманиозом и инфекцией ВИЧ. Представлено мало свидетельств такой связи и неясно, действительно ли ВИЧ-положительные лица в большей мере подвержены лейшманиозу или эта связь случайная. Более того, в странах, где лейшманиоз эндемичен, показатели распространенности ВИЧ самые низкие. Лейшманиоз - это совершенно отдельная болезнь, которая существовала задолго до появления ВИЧ.

Поддерживая проект резолюции, он предлагает добавить в третий абзац преамбулы слово "новых" перед словом "случаев", а также убрать седьмой абзац преамбулы и слова "учитывая исходные состояния недостаточности питания и ВИЧ" в пункте 1(4). Исследования, проводимые в настоящее время, концентрируются, в основном, на лечении и ведении лейшманиоза. Чтобы уделить больше внимания борьбе с переносчиками, в пункт 1(7) следует добавить новый подпункт следующего содержания "(а) определить соответствующие и эффективные методы борьбы с переносчиками", соответственно, поменять (а) на (b), а (b) на (c). В новом подпункте 1(7)(b) слово "недорогостоящее" заменить словами "доступное по цене".

Профессор PEREIRA MIGUEL (Португалия), поддерживая проект резолюции, говорит, что серологическое обследование населения в эндемичных районах является дорогим и не всегда оправдывающим затраты средств. Эпидемиологические оценки, предусмотренные в пункте 1(4), поэтому должны быть multidisciplinary и нацелены на выявление резервуаров инфекции и определение доли зараженных переносчиков в обследуемых зонах. Трудности возникают из-за недостаточного доступа к службам здравоохранения и несоблюдения режима лечения, что способствует развитию резистентности к лекарственным средствам. Необходимо проводить кампании для расширения осознания общественностью проблемы лейшманиоза.

Д-р PHUSIT PRAKONGSAI (советник д-ра Suwit Wibulpolprasert, Таиланд) говорит, что о случаях лейшманиоза сообщили 33 страны, однако несоответствие между докладами ВОЗ и

Института исследований инфекционных болезней (Сиэтл, штат Вашингтон, Соединенные Штаты Америки) в том, что касается числа подверженных риску или инфицированных людей, подтверждает нехватку надежных данных для оценки масштаба и воздействия этой болезни, хотя цифры явно значительные.

Лейшманиоз в Таиланде не включен в список болезней, подлежащих официальному уведомлению; с 1966 г. было выявлено лишь три случая. Однако возможности профилактики болезни и борьбы с ней ограничены. Поэтому его страна укрепляет эпиднадзор среди населения и контроль за переносчиком-москитом и проводит полевые исследования по экологии москитов и числу новых случаев инфекции среди подверженного риску населения и в животном резервуаре.

То, что быстрый диагностический тест и лечение первого эшелона, стоимость которых, по данным доклада, составляет 1-3 долл. США и 30-150 долл. США, соответственно, необходимо проводить в больницах, является препятствием к доступу, поскольку распространенность этой болезни выше всего в сельских районах, где имеются периферийные медико-санитарные пункты с ограниченными возможностями. Альтернативным методом профилактики является использование пропитанных инсектицидами надкроватных сеток, которые стоят 5 долл. США за штуку и действуют на протяжении пяти лет.

ВОЗ и Институт исследований инфекционных болезней сотрудничали в клинических испытаниях терапевтической вакцины, проводившихся в Бразилии, Колумбии и Перу. Поэтому лейшманиоз следует включить в список игнорируемых болезней, которые требуют стратегического плана действий, и передать на рассмотрение межправительственной рабочей группы, создание которой предусмотрено резолюцией WHA59.24 "Общественное здравоохранение, инновации, основные исследования в области здравоохранения и права интеллектуальной собственности: на пути к разработке глобальной стратегии и плана действий".

У него имеется 12 поправок к проекту резолюции, которые он представит в письменном виде.

Д-р STEIGER (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) предлагает пересмотреть доклад до представления Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, с тем чтобы включить в него информацию о терапевтических вакцинах и профилактической вакцинации в качестве одного из компонентов стратегии борьбы с кожным лейшманиозом, которые показали свою эффективность в некоторых районах Южной Америки и Африки. В нем следует также подчеркнуть значение разработки иммунных терапий для борьбы с висцеральным лейшманиозом; имеющиеся в настоящее время лекарства усиливают иммунные реакции таких пациентов, однако у тех, кто инфицирован еще и ВИЧ, действие малоэффективно. Он уверен, что Консультативная группа экспертов ВОЗ по лейшманиозу предоставит рекомендации в отношении основы политики для борьбы с лейшманиозом и что не понадобится создавать глобальную целевую группу, к чему призывает проект резолюции. Тем не менее, он поддерживает предложение члена Исполкома от Таиланда о том, чтобы лейшманиоз был в числе болезней, которыми будет заниматься межправительственная рабочая группа.

В проект резолюции следует внести следующие поправки: шестой абзац преамбулы заменить словами "Принимая к сведению то бремя, которым может оказаться лечение для семьи;". В пункте 1(6) слова "снижение цен на лекарственные средства" заменить словами "обеспечение высококачественных и доступных по цене лекарственных средств". Он поддерживает поправку к пункту 1(7), предложенную членом Исполкома от Намибии, и предлагает добавить в существующий подпункт 1(7)(а) перед словом "альтернативные" слова "безопасные, эффективные". В пункте 3(4) следует изъять слова "создать глобальную целевую группу", а пункт 3(5) сформулировать следующим образом: "содействовать проведению научных исследований, касающихся борьбы с лейшманиозом, и распространению результатов таких исследований".

Д-р GØTRIK (Дания) указывает, что хотя в некоторых странах необходимо предпринимать действия по борьбе с лейшманиозом, это не является проблемой общественного здравоохранения для всех. Поэтому проект резолюции, возможно, следует скорректировать так, чтобы показать, что действия, предлагаемые в пунктах 1(1)-1(5), предусматриваются для тех государств-членов, где лейшманиоз представляет серьезную проблему общественного здравоохранения. Он поддерживает проект резолюции, однако подчеркивает необходимость учета финансовых последствий, поскольку Исполнительному комитету при обсуждении бюджета понадобится рассмотреть вопрос о том, как перенести приоритеты с инфекционных болезней на неинфекционные.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ указывает, что подробные данные об административных и финансовых последствиях проекта резолюции содержатся в документе EB118/4 Add.1.

Д-р AL-SHAMMARI (Ирак) говорит, что лейшманиоз остается проблемой здравоохранения в его стране, особенно у детей в возрасте до пяти лет. Хотя число больных висцеральным лейшманиозом сократилось с 2448 в 2004 г. до 2048 в 2005 г., число случаев кожного лейшманиоза в тот же период возросло с 2137 до 2538. Министерство здравоохранения предпринимает усилия для борьбы с болезнью и выявления случаев на регулярной основе. Пациентам ежегодно предлагаются два курса лечения весной и осенью, и в течение лета им оказывается помощь. В попытках взять болезнь под контроль также используются инсектициды, и там где нужно лекарства предоставляются бесплатно. Он поддерживает проект резолюции.

Д-р GOMES TEMPORÃO (Бразилия) говорит, что в свете распространения висцерального лейшманиоза и изменения его эпидемиологического профиля в Американском регионе, а также разнообразия видов *Leishmania*, при эпиднадзоре за кожным и человеческим висцеральным лейшманиозом следует учитывать различные клинические, лабораторные и эпидемиологические аспекты. В свете рекомендации, выработанной на консультативном заседании экспертов по висцеральному лейшманиозу в Бразилии в 2005 г., необходимо применять такой подход к борьбе с лейшманиозом и эпиднадзору за ним в целях дальнейших исследований, который обеспечит устойчивость. Учитывая опыт Бразилии в области научных исследований альтернативных средств против возбудителя и методов серологической диагностики, он предлагает в конце подпункта 1(7)(а) проекта резолюции добавить слова "и установить соответствующие дозы и длительность режимов лечения этими лекарственными средствами", а также добавить два новых подпункта следующего содержания: "(с) оценивать и повышать чувствительность и специфичность методов серологической диагностики собачьего и человеческого висцерального лейшманиоза, включая стандартизацию и определение эффективности;" и "(d) провести оценку эффективности альтернативных методов борьбы, например использования надкроватных сеток, пропитанных инсектицидами долговременного действия".

Д-р SHINOZAKI (Япония) признает, что лейшманиоз представляет серьезную проблему, особенно в Африке, и остаются такие многочисленные сложности, как недостаток соответствующих эпидемиологических данных и неудовлетворительный доступ к профилактике, лечению и помощи. Он поддерживает проект резолюции с предложенными поправками.

Д-р HANSEN-KOENIG (Люксембург) говорит, что она готова приветствовать действия в отношении лейшманиоза, который должен стать приоритетом общественного здравоохранения. Необходимо тесное сотрудничество со Специальной программой ЮНИСЕФ/ПРООН/Всемирного банка/ВОЗ по научным исследованиям и подготовке кадров в области тропических болезней, с тем чтобы избежать дублирования усилий и обеспечить оптимальное использование ограниченных финансовых ресурсов. Поскольку в пункте 3(2)

проекта резолюции Генеральному директору предлагается составить руководство по профилактике и ведению лейшманиоза, она сомневается в целесообразности создания глобальной целевой группы, упоминаемой в пункте 3(4).

Д-р FRENK (заместитель г-на Bailón, Мексика) поддерживает проект резолюции с поправками. В Мексике действует система эпидемиологического надзора за лейшманиозом, которая обеспечивает уведомление о болезни во всех ее клинических формах. Для таких стран с низкой распространенностью, как его собственная, трудно обеспечить местное производство лекарственных средств. Лейшманиоз - это высокоприоритетная болезнь, в отношении которой надо четко заявить о необходимости коллективных действий по всей ВОЗ для обеспечения доступа к высококачественным, безопасным и эффективным лекарственным средствам, в том числе и для стран с низкой распространенностью.

Д-р VOLJČ (Словения) говорит, что хотя лейшманиоз не является проблемой общественного здравоохранения для его страны, если глобальная целевая группа не будет создана, то не будет и отрицательных финансовых последствий, а средства, выделенные на борьбу с лейшманиозом, не подвергнутся сокращению.

Г-жа CAÑAVATE CAÑAVATE (Испания)¹ говорит, что в связи с высокой стоимостью лекарственных средств и тем фактом, что эта болезнь зачастую распространена в отдаленных районах, во многих случаях не проводится своевременного адекватного лечения, что повышает заболеваемость и смертность и, таким образом, ведет к дальнейшему обнищанию. Сопутствующая инфекция ВИЧ представляет собой серьезную новую проблему здравоохранения, которая впервые появилась в эндемичных странах южной Европы и распространилась на 34 страны, большинство из которых - развивающиеся. Испания, как эндемичная страна, предложила включить эту тему в повестку дня Исполкома и недавно утвердила дар в размере 2,5 млн. долл. США в распоряжение ВОЗ для укрепления деятельности против лейшманиоза в Эфиопии и Судане.

Д-р SHAN (помощник Генерального директора) принимает к сведению полезные замечания и предложения. Покойный Генеральный директор создал Департамент борьбы с игнорируемыми тропическими заболеваниями, с тем чтобы уделить больше внимания тем болезням, от которых страдают самые бедные из бедных. Будут предприниматься усилия для обеспечения синергии между программами, а также для обеспечения оптимального использования ограниченных ресурсов. Она приветствует решительную поддержку проекта резолюции и предлагаемые поправки.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что этот пункт повестки дня останется открытым до следующего дня, когда будет готов текст проекта резолюции с поправками.

(Утверждение резолюции см. протокол четвертого заседания, раздел 2.)

Талассемия и другие гемоглинопатии: пункт 5.2 повестки дня (документы EB118/5 и EB118/5 Add.1)

Д-р KHALFAN (Бахрейн), выступая от имени государств - членов Региона Восточного Средиземноморья, поддерживает проект резолюции, содержащийся в документе EB118/5. Распространенность болезней крови весьма неодинакова в Регионе и варьируется в пределах от 5% в странах Совета по сотрудничеству Персидского залива до 27% среди населения Восточной провинции Саудовской Аравии. В большинстве стран, где основную озабоченность

¹ Участвуют в соответствии со статьей 3 Правил процедуры Исполнительного комитета.

вызывает серповидноклеточная анемия, ее ведение неудовлетворительно, не созданы национальные программы борьбы и не хватает надежных эпидемиологических данных. Тем не менее, эту болезнь можно предупредить. Добрачное выявление особенно важно там, где высок процент браков между близкими родственниками. В Бахрейне и Саудовской Аравии введен обязательный добрачный скрининг; остальным странам Региона следует поступить таким же образом. На Кипре, в Греции и Италии, где оказывалась широкая поддержка проведению добрачного скрининга и где выявление подверженных риску пар проводилось до первой беременности, число детей, родившихся с болезнями крови, снизилось, по крайней мере, на 75%. ВОЗ должна определить стратегии генетического скрининга населения, учитывая социальные и религиозные ограничения, касающиеся вмешательства во время беременности.

Проект резолюции достаточно широкий, однако страны Восточного Средиземноморья, равно как и большинство развивающихся стран, столкнутся с трудностями в осуществлении всех предлагаемых действий в связи со слабой инфраструктурой и отсутствием четких политических и стратегических ориентиров. Регион ищет поддержки в целях борьбы с серповидноклеточной анемией на уровне первичной помощи; разработки руководств и эффективной с точки зрения затрат национальной политики профилактики болезней крови и борьбы с ними; содействия рабочим связям между сотрудничающими центрами ВОЗ и учреждениями, занимающимися болезнями крови; и укрепления программ профилактики и борьбы с болезнями крови, представляющими значение с точки зрения общественного здравоохранения.

Д-р SADASIVAN (Сингапур) говорит, что талассемия является наиболее широко распространенной генетической болезнью во всем мире и отмечается примерно в 60 странах, включая Сингапур. Его страна признает угрозу, которую представляет эта болезнь для будущих поколений, и создала национальный регистр талассемии. Для всех беременных женщин, особенно анемичных, рекомендуется скрининг, и любая женщина, которая является носителем, направляется в национальный регистр талассемии для дальнейшего скрининга членов семьи и генетического консультирования. За прошедшее десятилетие в Сингапуре значительно снизились показатели талассемии, а число новых случаев тяжелой бета-талассемии упала до 0,05 на 1000 живорожденных с 0,14 на 1000 живорожденных в 1987 году. Он поддерживает проект резолюции, который позволит подчеркнуть значение национальной политики в отношении наследственных болезней, обеспечивающей здоровье для будущих поколений.

Д-р RAHANTANIRINA (Мадагаскар) говорит, что талассемия представляет проблему общественного здравоохранения в развивающихся странах, особенно в Африке, где затруднен доступ пациентов к службам медико-санитарной помощи, а лечение зачастую недопустимо дорогое. Действия должны концентрироваться на профилактике при уважении индивидуальной автономии, права на соответствующую и полную информацию и конфиденциальность. Диагностика и лечение помогают снизить риски и должны осуществляться на уровне первичной медико-санитарной помощи, с тем чтобы охватить как можно большее число людей. Кроме того, мировым лидерам следует выделять больше средств на генетику, и необходимо развивать национальные, региональные и глобальные партнерства, с тем чтобы дать развивающимся странам равный доступ к лечению. Она поддерживает проект резолюции.

Г-н DE SILVA (Шри-Ланка) говорит, что в Шри-Ланке зарегистрировано около 2000 случаев талассемии. Как показывает положительный опыт других стран, например Кипра и Сингапура, ключом к успеху является скорее профилактика, чем лечение. Национальные правительства несут социальную ответственность за обеспечение больных талассемией необходимыми лекарствами для улучшения качества жизни. К сожалению, зачастую это дорого в связи с монополией фармацевтической промышленности. Поддерживая проект резолюции, он предлагает внести поправку в текст, а именно, указать, что ВОЗ следует

содействовать проведению исследований этой болезни и созданию партнерств между государственным и частным секторами, а именно, с фармацевтической промышленностью, с тем чтобы обеспечить поставки необходимых лекарств по доступным ценам.

Д-р AL-SHAMMARI (Ирак) говорит, что талассемия и гемоглобинопатии являются генетическими болезнями, в отношении которых профилактика предпочтительнее, чем лечение. До тех пор, пока не будет составлена генная карта, позволяющая найти средство лечения таких болезней, усилия следует сосредоточить на профилактике, учитывая частые осложнения, связанные с лечением. Профилактика означает просвещение населения о рисках родственных браков и выявление носителей с помощью электрофореза гемоглобина, с тем чтобы избежать браков между ними. Это сложный вопрос, требующий надлежащей социальной и медицинской поддержки.

Г-жа VALDEZ (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) говорит, что генетические расстройства сложны, и многие их аспекты являются предметом постоянных научных и этических дискуссий как на национальном, так и международном уровнях. Тем не менее, просвещение общин, скрининг населения, генетическое консультирование и ранняя диагностика являются эффективными компонентами любой стратегии лечения. В ее собственной стране имеется возможность целенаправленного скрининга на гемоглобинопатии, включая простой анализ крови на серповидноклеточную анемию у всех новорожденных, используя кровь из образцов, взятых для других обычных анализов. Всем государствам-членам необходимо принять аналогичную политику в отношении скрининга на основе распространенности болезней среди групп и подгрупп их населения в рамках имеющихся ресурсов. Интеграция просветительного, непредписывающего добровольного генетического консультирования в первичную медико-санитарную помощь может стать эффективным способом охвата широких слоев населения. В странах с ограниченными ресурсами местным органам власти следует определить целесообразность подготовки всех медицинских сотрудников, как к этому призывает проект резолюции с учетом других конкурирующих приоритетов в области подготовки.

В зонах с высокой распространенностью должны проводиться программы скрининга и просвещения населения, чтобы люди знали о том, что могут передавать болезни. В случае дородовой диагностики гемоглобинопатий на первое место должны ставиться соображения этики. Она выражает озабоченность в связи с тем, что национальные программы по развитию скрининга носителей могут стимулировать социальные изменения в сторону большего принятия прерывания беременности. Соединенные Штаты находятся на переднем фронте геномики и медико-биологических исследований в области лечения и предупреждения генетических болезней и связанных с ними врожденных пороков развития. Необходимо вводить стимулы, с тем чтобы поощрять разработку надлежащего лечения. Как указано в докладе, имеется ряд проблем в связи с существующими методами лечения, которые требуют увеличения инвестиций на целенаправленные клинические исследования.

В пересмотренном докладе следует уделить больше внимания таким аспектам проблемы, как потребность в эффективных программах надзора за безопасностью крови, с тем чтобы не допустить распространения среди больных талассемией болезней, передаваемых через кровь, и в конкретных рекомендациях для предупреждения осложнений и вторичных эффектов от лечения талассемии.

Что касается проекта резолюции, то она предлагает заменить в четвертом абзаце преамбулы слова "нехватка соответствующих эпидемиологических данных" словами "недостаточность эпидемиологических данных"; в пятом абзаце преамбулы убрать слово "официального", в шестом абзаце преамбулы заменить слова "нынешнем неравенстве во всем мире в отношении доступа" словами "нынешней ограниченностью доступа"; а в последний абзац преамбулы добавить слова "особенно дородовой скрининг" после слова "гемоглобинопатий". Из пункта 2(3) следует исключить слова "обеспечить поддержку";

пункт 2(4) должен заканчиваться словом "гемоглинопатий" и остаток текста следует убрать; а из пункта 2(5) следует убрать слова "поддерживать и координировать".

Профессор AYDIN (Турция) говорит, что гемоглинопатия представляет серьезное бремя болезней для общественного здравоохранения в его стране. По оценкам, около 2,1% населения, что представляет 1,3 миллиона человек является носителем гена бета-талассемии, и насчитываются около 4000 лиц, страдающих от этой болезни. Турция начала проведение программ борьбы с гемоглинопатиями в 27 провинциях, и имеются планы распространить их на 33 провинции, где большая доля населения подвержена риску талассемии. Основные задачи программы - генетическое консультирование, просвещение общественности, скрининг носителей и, при необходимости, прерывание беременности параллельно с обеспечением лучшего качества жизни для больных. К концу 2005 г. в тех провинциях, где проводилась программа, добрачный скрининг прошли 70% пар. Для достижения своих задач Турция создает центры, способные разрабатывать методы профилактики и лечения. Он полностью поддерживает проект резолюции.

Профессор PEREIRA MIGUEL (Португалия), выражая особый интерес к вопросам здоровья и миграции в связи с гемоглинопатиями, говорит, что особенно важно сконцентрироваться на профилактике, поскольку скрининг носителей стимулируются социальные изменения. Португалия, при поддержке ВОЗ, проводит национальную программу борьбы с гемоглинопатиями с 1984 года. В настоящее время в качестве приоритета поставлена задача интеграции мер борьбы в первичную медико-санитарную помощь, а ее стратегические цели включают улучшение качества генетических служб, создание условий для сертификации генетических лабораторий, особенно тех, которые занимаются дородовой диагностикой, и создание протоколов по способам лечения, доказавшим свою действенность и эффективным с точки зрения затрат. Он полностью поддерживает проект резолюции.

Д-р SHINOZAKI (Япония) напоминает региональные характеристики обсуждаемых болезней. Поскольку основной причиной смерти в странах Африки и Азии являются инфекционные болезни, значение гемоглинопатий зачастую ускользает из поля зрения. Однако в эпоху высокого уровня международного взаимодействия нельзя отрицать возможность распространения наследственных болезней по всему миру. Доклад должен стать стимулом для ВОЗ, других международных организаций и стран-доноров признать эту проблему в затронутых странах. Он поддерживает проект резолюции.

Г-н RAMOTSOARI (Лесото), отмечая, что гемоглинопатии представляют серьезную проблему для Африки, поддерживает проект резолюции, однако предлагает сформулировать пункт 1(7) следующим образом: "предоставить поддержку для фундаментальных и прикладных исследований по талассемии в сотрудничестве с международными организациями".

Д-р PHUSIT PRAKONGSAI (советник д-ра Suwit Wibulpolprasert, Таиланд) говорит, что талассемия является значительной проблемой здравоохранения в Таиланде, где в 2005 г. было зарегистрировано более 500 000 случаев, и ежегодно рождаются 12 000 больных детей. Широко распространены как альфа -, так и бета-талассемия, особенно на северо-востоке страны, и различные сочетания дефективных генов могут привести к более чем 60 талассемийным синдромам, варьирующимся по тяжести от асимптоматических состояний до опасных для жизни болезней. Во всех районах имеются центры, осуществляющие программы диагностики, профилактики и контроля для беременных женщин. Правительственные и неправительственные организации предпринимают усилия для улучшения обслуживания больных талассемией и для развития профилактики лечения. Общая программа борьбы с талассемией в Таиланде предусматривает ряд подходов, включая информирование населения о болезни, скрининг, обеспечение генетического консультирования и планирования семьи, выявление пар, подверженных риску, и проведение дородовой диагностики. На уровне общины используется простая методика скрининга, и достигнуты

успехи в раннем выявлении благодаря сотрудничеству между добровольными работниками здравоохранения и службами медико-санитарной помощи на районном уровне.

Информация об эффективности затрат на те или иные мероприятия имела большое значение для принятия обоснованных стратегических решений, ведущих к улучшению профилактики и лечения талассемии и других гемоглобинопатий. Такая информация могла бы использоваться всеми государствами-членами, особенно развивающимися странами, для планирования и осуществления эффективной и действенной политики. Гемоглобинопатии случаются во всех регионах ВОЗ, и хотя ежегодно проводится Международный день борьбы против талассемии (8 мая), он предлагает добавить в проект резолюции новый пункт 2(6) следующего содержания "рассмотреть вопрос о посвящении в ближайшем будущем одного из Всемирных дней здоровья таким гемоглобинопатиям, как талассемия и серповидноклеточная анемия", с тем чтобы повысить осознание важности этой проблемы и обеспечить политическую поддержку для более долговременных решений проблемы.

Г-жа VALDEZ (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) поясняет, что она поддерживает проект резолюции при том понимании, что ничто в его содержании не поощряет или поддерживает аборт в качестве средства предупреждения талассемии и других гемоглобинопатий или борьбы с ними.

Г-н SHIRALIYEV (Азербайджан) считает важным вопрос о талассемии, поскольку около 80% населения Азербайджана является носителем патологического гена. Он поддерживает предложенную Секретариатом программу лечения и помощи и подчеркивает роль ВОЗ и неправительственных организаций в решении проблем. В Азербайджане уже создается национальный центр по талассемии для профилактики и лечения таких расстройств. Однако также важно обеспечить и уход за пациентами, и в 2005 г. был принят закон, определяющий организационно-правовые основы для государственной поддержки и регламентации лечения и профилактики, обеспечивая финансирование диагностики и лечения пациентов с наследственными болезнями крови из государственного бюджета. Парламент также принял закон о безопасности крови, содержащий меры для постепенного отказа от платного донорства.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ подчеркивает значение дискуссии в Исполкоме, которая позволяет его членам ознакомиться с опытом других и отражает технический характер работы Организации. В ответ на озабоченность, выраженную членом Исполкома Соединенных Штатов Америки, он подтверждает, что ничто в проекте резолюции или дискуссиях Исполкома не содержит никаких подтекстов в отношении аборта.

Д-р LE GALÈS-CAMUS (помощник Генерального директора) благодарит за указания в отношении будущей работы ВОЗ по гемоглобинопатиям, включая потребность в более качественных эпидемиологических данных и в такой политике общественного здравоохранения, которая позволяет не только проводить профилактику, раннее выявление, лечение и общее ведение болезни, но и обеспечить уважение социальных и религиозных ценностей общин. Было отмечено значение научных исследований для улучшения ситуации больных и групп, подверженных риску. Если проект резолюции будет утвержден Ассамблеей здравоохранения, Секретариат предложит, чтобы его осуществление тесно увязывалось с осуществлением резолюции WHA59.20 по серповидноклеточной анемии, с тем чтобы добиться максимальной синергии и эффективности.

Д-р KEAN (Исполнительный директор Канцелярии Генерального директора) говорит, что следует заменить в четвертом абзаце преамбулы слова "нехватка соответствующих эпидемиологических данных" словами "недостаточность эпидемиологических данных"; убрать слово "официально" в пятом абзаце преамбулы, в шестом абзаце преамбулы заменить слова "нынешнем неравенстве во всем мире в отношении доступа" словами "нынешней ограниченностью доступа во всем мире"; в последний абзац преамбулы после слова "гемоглобинопатий" добавить слова "особенно дородовой скрининг"; в пункте 1(7) поменять местами две фразы; в пункте 2(3) убрать слова "обеспечить поддержку" после слова

"содействовать"; в пункте 2(4) снять весь текст после слова "гемоглинопатий"; в пункте 2(5) убрать слова "поддерживать и координировать". Был также предложен новый пункт 2(6) следующего содержания: "2(6) рассмотреть вопрос о посвящении в ближайшем будущем одного из Всемирных дней здоровья таким гемоглинопатиям, как талассемия и серповидноклеточная анемия". Предложение Шри-Ланки лучше всего включить в пункт 2(1), добавив слова "и к лекарственным средствам" после слов "медико-санитарным службам".

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ предлагает Исполкому принять проект резолюции с поправками.

Резолюция с поправками принимается¹.

Заседание закрывается в 17 ч. 30 м.

¹ Резолюция EB118.R1.

ТРЕТЬЕ ЗАСЕДАНИЕ

Вторник, 30 мая 2006 г., 09 ч. 05 м.

Председатель: д-р F. ANTEZANA ARANÍBAR (Боливия)

1. ТЕХНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ И ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: пункт 5.3 повестки дня (продолжение)

Рациональное использование лекарственных средств: ход осуществления стратегии ВОЗ в области лекарственных средств (документы EB118/6 и EB118/6 Add.1)

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ предлагает обратить внимание на доклад о ходе осуществления и содержащийся в нем проект резолюции.

Д-р WINT (Ямайка) говорит, что в докладе особо выделены крупные суммы, затрачиваемые в странах на основные лекарственные средства. Таким странам, как Ямайка, где лекарства не производятся, для импорта большинства лекарственных средств приходится тратить скудные запасы иностранной валюты. Многие из предложенных в докладе мер правительством его страны были осуществлены. Были созданы системы регистрации и надзора, была разработана национальная форма рецепта, с тем чтобы ограничить число фармацевтических средств, предоставляемых в распоряжение назначающего лица, и было принято законодательство, обязывающее от фармацевтов предлагать непатентованные заменители. Тем не менее, на врачей нередко оказывают давление представители фармацевтической промышленности, и те небольшие средства, которые страны затрачивают на обучение и повышение квалификации, недостаточны для того, чтобы изменить ситуацию. На Ямайке было проведено изучение использования лекарственных средств и их назначения, и врачи были информированы о результатах. Это позволило выявить определенную нерациональность в назначении лекарственных средств. Однако расходы потребителя на приобретаемые в аптеках лекарственные средства без рецепта превышают расходы на лекарственные средства, отпускаемые по рецепту, а подобные продажи контролируются в минимальной степени. Поскольку санитарному просвещению пациентов внимания уделяется мало, то нередко потребители подвергаются ненужному влиянию рекламных компаний, которые организуются фармацевтическими фирмами. Тема является очень важной, и оратор поддерживает проект резолюции.

Г-н IWABUCHI (заместитель д-ра Shinozaki, Япония) подчеркивает важность рационального использования лекарственных средств и доступа к ним, а также обеспечения их качества, эффективности и безопасности, как это предусматривается в стратегии ВОЗ по лекарственным средствам на 2004-2007 годы. Оратор дает положительную оценку данной инициативе и работе ВОЗ в течение минувших 10 лет, направленной на содействие рациональному использованию лекарственных средств. Системы здравоохранения должны придерживаться комплексного подхода, предусматривающего укрепление кадровых ресурсов и предоставление информации потребителям. Политика в области лекарственных средств должна также предусматривать меры безопасности и механизмы контроля за рекламной деятельностью. Оратор приветствует проект резолюции. ВОЗ необходимо возглавлять борьбу за рациональное использование лекарственных средств. Касаясь пункта 7 доклада и одиннадцатого пункта преамбулы проекта резолюции, оратор указывает, что есть глобальные

инициативы, такие как стратегия ДOTS против туберкулеза и Глобальная программа по малярии, предусматривающие положения о рациональном использовании лекарственных средств, и просит дать более полное разъяснение.

Д-р AL-SHAMMARI (Ирак), выступая от имени государств - членов Региона Восточного Средиземноморья, говорит, что неправильное использование может возрасти в результате приватизации медико-санитарных служб, ухудшения систем общественного здравоохранения и осуществления мер, задача которых расширить доступ к лекарственным средствам без инвестиций в их рациональное использование. В результате, нередко наносится серьезный ущерб здоровью пациентов вследствие развития резистентности к антимикробным препаратам. Несмотря на масштабы проблемы, средства, которые ВОЗ выделяет на нее, незначительны; в течение двух минувших двухлетних периодов лишь 0,2% общего бюджета выделялось на рациональное использование лекарственных средств. Несмотря на многочисленные резолюции о стратегиях в отношении лекарства и их конкретных аспектах, ни в одной из них не содержалось указаний на практический подход к рациональному использованию лекарств частично по той причине, что практического решения не было. Однако объем данных о том, что существуют действенные практические меры, способствующие рациональному использованию лекарственных средств, растет. Проект резолюции носит холистический характер и содержит практические и действенные меры. Утверждение этой резолюции уполномочит Организацию оказывать содействие рациональному использованию лекарственных средств путем увеличения ресурсов, направляемых государствам-членам, и позволит таким образом решить проблему более эффективным образом.

Г-н DE SILVA (Шри-Ланка) подчеркивает тесную взаимосвязь между рациональным использованием лекарственных средств и стратегией ВОЗ в области лекарственных средств. В Шри-Ланке также отмечаются проблемы, связанные с нерациональным использованием лекарственных средств, с резистентностью к антибиотикам и использованием слишком большого числа лекарств, причем каждый из этих факторов приводит к резкому росту расходов. Правительство реорганизует свое ведомство, занимающееся контролем за лекарственными средствами для улучшения его работы. Странам необходимо сопоставлять стоимость лекарственных средств с получаемой от них пользой, однако для этого требуется усилить техническую помощь. Глобальный объем продаж лекарственных средств в 2004 г. составляет около 550 млрд. долл. США, что ставит торговлю лекарственными средствами на второе место в мире по капиталоемкости. В Шри-Ланке влияние мультинациональных фармацевтических кампаний на специалистов-медиков создает такое положение, которое затрудняет исполнение законодательства, касающегося непатентованных лекарственных средств. Поэтому особое внимание следует уделять вопросу разъяснения специалистам-медикам необходимости придерживаться политики в отношении основных лекарственных средств и рационального использования лекарственных средств.

Д-р REN Minghui (Китай) говорит, что в Китае расходы на лекарственные средства составляют половину всех больничных расходов. Ситуация характеризуется нерациональным использованием, в том числе неправильным использованием антибиотиков, а в сельских районах наличием поддельных и низкокачественных лекарств, а также нехваткой основных лекарственных средств. В силу этого, обеспечение всеобщего доступа к безопасным, эффективным и доступным по цене лекарственным средствам стало основной медико-санитарной задачей. Рационального использования можно добиться лишь на основе сотрудничества и координации действий на всех уровнях от технического и практического, включающего в себя научные исследования и разработки, производство, назначение и отпуск лекарств до правительственного уровня, фармацевтической промышленности и гражданского общества. Сотрудничество в глобальном плане также необходимо подкреплять более значительной финансовой и технической поддержкой развивающихся стран. Оратор поддерживает проект резолюции тремя поправками: добавить слова "и учащихся медицинских

учебных заведений" после слов "работников здравоохранения" в конце пункта 1(3); заменить слово "программы" в пункте 1(5) словами "политику, в том числе программы и клинические руководства", а также добавить после пункта 2(3) новый текст следующего содержания: "укреплять координацию, финансовые и техническую поддержку со стороны развитых стран развивающимся странам в отношении рационального использования лекарственных средств".

Д-р SINGAY (Бутан) отмечает, что проект резолюции отражает более широкий подход, нежели предыдущие. Предыдущие резолюции в основном касались специалистов-медиков, в частности, назначающих лекарства и отпускающих лекарства, то есть тех, которые в этом материально заинтересованы; если на них не оказать давления, то проблема решена не будет. Он подчеркивает необходимость усилить понимание этого вопроса на общественном, политическом и образовательном уровнях. Растущее участие частного сектора в оказании медико-санитарной помощи потребует лучшего надзора и контроля за тем, чтобы лекарственные средства использовались должным образом. Оратор просит представить более подробные сведения в отношении упомянутых в докладе недостатков, связанных со многими глобальными инициативами, такими, как например лечение ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии.

Оратор приветствует подход ВОЗ, выражающийся в опоре на системы здравоохранения, и призывает укреплять техническую поддержку государствам-членам, в особенности развивающимся странам, и выделять более значительные финансовые средства на дело укрепления рационального использования лекарственных средств, что будет являться частью стратегии ВОЗ в области лекарственных средств. Оратор поддерживает проект резолюции.

Д-р RAHANTANTANIRINA (Мадагаскар) говорит, что в порядке содействия рациональному использованию лекарственных средств в рамках всеобъемлющей стратегии ВОЗ в области лекарственных средств Правительство ее страны увеличило ассигнования на лекарственные средства с 10% до 20% совокупного бюджета здравоохранения. В 2005 г. стратегии содействия рациональному использованию лекарственных средств также были подкреплены посредством осуществления национальной политики в области лекарственных средств. Были разработаны рекомендации в целях оказания содействия в лечении болезней, в частности, в интегрированном ведении детских болезней и профилактике болезней, передаваемых половым путем, и борьбе с ними. На национальный комитет по лекарственным средствам была возложена задача проведения политики в области лекарственных средств, а перечень лекарственных средств был недавно обновлен. Работа, проводимая с медработниками, способствовала использованию эффективных непатентованных лекарственных средств в государственных учреждениях здравоохранения. Нехватка кадров в системе здравоохранения ограничивает возможности работы, проводимой после обучения и контроля, а это отражается на распространении и назначении лекарственных средств, а также сказывается на возможностях надзора и контроля за их использованием. В частном секторе имеется тенденция пренебрегать установленным порядком, и лекарства до сих пор можно приобрести на улице, несмотря на наличие законодательного регулирования. Оратор поддерживает проект резолюции.

Д-р SHANGULA (Намибия) говорит, что безопасные и эффективные лекарственные средства должны быть доступными и недорогими и должны надлежащим образом использоваться назначающими и отпускающими лицами, а также пациентами. В государственном секторе в Намибии стоимость лекарств включена в стоимость консультации врача. Для реализации стратегии ВОЗ в области лекарственных средств в 1998 г. Намибия приступила к осуществлению национальной политики в области лекарственных средств, вместе с которой был приведен в действие национальный фармацевтический план, наделенный годовым бюджетом. Отдел фармацевтических служб установил связи с регионами, правительственными министерствами, профессиональными ассоциациями, советами и фондами медицинской помощи, которые оплачивают непатентованные лекарственные средства лишь в

тех случаях, когда они имеются в наличии. Пациенты, настаивающие на фирменных наименованиях, должны платить разницу. Совет по контролю за лекарственными средствами является регулирующим органом, и в соответствии с его требованиями лекарства, прежде чем поступают в продажу, должны быть зарегистрированы. Регистрируются лишь безопасные и эффективные лекарственные средства. Комитет по основным лекарственным средствам, состоящий, главным образом, из квалифицированных специалистов-медиков, рассматривает и утверждает лекарственные средства, включаемые в национальный перечень. Прочие лекарственные средства можно получить, придерживаясь согласованной процедуры. Национальная организация, занимающаяся снабжением, покупает лишь лекарства, имеющиеся в перечне, организуя международные торги, в которых принимают участие производители, придерживающиеся надлежащей практики. Использование лекарственных средств контролируется путем обследований, проводимых в государственных учреждениях здравоохранения. Ежегодно проводятся просветительные кампании недельной продолжительности по таким темам, как использование антибиотиков, роль фармацевта, а также лечение ВИЧ/СПИДа. Недостатки в практическом осуществлении вызваны острой нехваткой фармацевтов и специалистов-медиков. Намибия вынуждена принимать на работу специалистов здравоохранения из других стран, но их подготовка может не отражать собственную политику страны и порядок, установленный в лечении. Более того, частнопрактикующие специалисты неохотно соблюдают установленный в стране порядок лечения. В Намибии организуются различные мероприятия, поощряющие соблюдение установленного порядка. Он поддерживает проект резолюции, но предлагает изъять из пункта 2(2) слова "в сотрудничестве с правительствами и гражданским обществом".

Д-р STEIGER (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) говорит, что его страна решительно поддерживает рациональное использование лекарственных средств лицами, их назначающими, и пациентами и признают, что имеют место огромные расходы, связанные с ошибками в лекарственном лечении и другими видами нерационального использования лекарственных средств; В Соединенных Штатах такие затраты составляют до 10% расходов на здравоохранение. Однако в докладе показаны философские различия в подходе между странами-членами и Соединенными Штатами и Секретариатом к этому вопросу. Решение проблемы, названной в докладе, состоит не в том, чтобы ограничить выбор потребителя и уменьшить объем информации, предоставляемой пациентам, или урезать число каналов, по которым эта информация поступает. Это не проблема "прав человека, связанных со здоровьем", и нельзя взваливать вину на частный сектор, как это представляется вытекающим из доклада.

Секретариат может строить свою работу с государствами-членами по нескольким направлениям. Для того чтобы точно видеть, насколько соблюдается режим, необходимо иметь общеприемлемые стандарты; необходимо ориентировать системы здравоохранения на улучшение качества использования лекарственных средств; и необходимо уделять внимание вопросам исправления ошибочного применения лекарств и клинических проблем посредством таких стратегий, как правильное ведение болезни, а не упование на лекарства и только на лекарства. Государства-члены и Секретариат должны позаботиться о том, чтобы лица, назначающие и отпускающие лекарства, имели надлежащую подготовку и придерживались обоснованной практики, касающейся последних достижений в области лекарственных средств, отпускаемых по рецепту. Во многих странах отсутствует или не действует регламентация, касающаяся аптек и фармацевтов. Государствам-членам следует также сотрудничать с Секретариатом в разработке методов обучения пациентов, относительно необходимости принимать все лекарства в соответствии с рецептом. Частью этой разъяснительной работы могла бы стать рассчитанная на потребителя реклама, которую необходимо контролировать, с тем чтобы обеспечить точность и качество рекламирования лекарственных средств и практических действий по их продвижению на рынок, предусматривая санкции за нарушения действующего в этой стране закона. Оратор согласен, что надлежащее использование

непатентованных лекарственных средств может являться частью этой стратегии и что усиленное внимание вопросам доступа к медикаментозному лечению в некоторых международных программах, в особенности в области ВИЧ/СПИДа, по-видимому, отвлекает внимание от рационального использования фармацевтических средств.

Он предлагает в седьмом абзаце преамбулы проекта резолюции изъять слова "в качестве необходимой предпосылки для достижения справедливого доступа к основным лекарственным средствам". В десятом абзаце преамбулы все слова, следующие после фразы "признавая, что многие страны", следует изъять и заменить словами "не имеют национального органа, вменяющего в особенностях соблюдение особой политики в здравоохранении, в том числе в использовании лекарственных средств". В двенадцатом абзаце преамбулы, начинающемся словами "Озабоченная тем", следует изъять слова "политическом" и "экономических инвестиций". В последнем абзаце преамбулы также следует изъять слова "обеспечить достаточные инвестиции". Пункт 1(2) следует изъять. В пункте 1(3) оратор поддерживает поправку, предложенную Китаем, чтобы в конце было добавлено "и учащихся медицинских учебных заведений". В пункте 1(5) следует изъять слово "национальные" и вставить поправку, предложенную Китаем. В пункте 2(1) следует изъять слова "и пропагандистскую роль". Пункт 2(2) следует изъять целиком. В пункт 2(3) следует внести поправку нижеследующего содержания "содействовать проведению научных исследований особенно в отношении развития устойчивых мероприятий по рациональному использованию лекарственных средств на всех уровнях сектора здравоохранения как государственном, так и частном".

Профессор PEREIRA MIGUEL (Португалия), выступая от имени государства - членов Европейского союза, напоминает принятую в январе 2005 г. Исполкомом резолюцию государств-членов EB115.R6 о сдерживании резистентности к противомикробным препаратам. Поскольку это является лишь одним аспектом проблемы, наступило время подойти к вопросу шире. Нерациональное применение лекарств является глобальной проблемой общественного здравоохранения, влекущей за собой тяжелые последствия в плане здоровья и издержек. Оно является важным аспектом безопасности пациента, которая обсуждалась на прошлой неделе Ассамблеей здравоохранения. Ассамблея приняла семь резолюций по данному вопросу, но положение не улучшилось. Наступило время приложить более активные усилия, поскольку решения известны, но руководящие принципы и рекомендации соблюдаются лишь частично. Европейский союз укрепляет свою систему оценки технологии здравоохранения в целях сбора информации, касающейся рационального применения лекарственных средств, что может содействовать технической поддержке, которую ВОЗ оказывает в этой области. Проект резолюции наделит ВОЗ новым мандатом в деле содействия рациональному использованию лекарственных средств путем пропаганды такой системы здравоохранения и такой политики в области лекарственных средств, которые позволят справиться с растущим глобальным кризисом. Принятие резолюции будет весьма своевременным, поскольку в 2007 г. будет отмечаться тридцатая годовщина принятия Концепции основных лекарственных средств и первого примерного Перечня основных лекарственных средств.

Выступая в качестве члена Исполкома от Португалии, оратор говорит, что содействие рациональному использованию лекарственных средств зависит от активного отношения органов здравоохранения в каждой стране, включая хорошо подготовленный технический персонал и надежную информационную систему. Португалия разделяет озабоченность, выражаемую в докладе. Ее новая регламентация в этой области подкрепляет рациональное использование медицины, а национальный институт лекарственных средств контролирует потребление в больницах противомикробных препаратов, оценивая экономическое влияние и изучая взаимосвязь между уровнем потребления и наличием резистентных штаммов микроорганизмов. Положительно отзываясь о проекте резолюции, он, вместе с тем, предлагает включить в пункт 2 дополнительную просьбу в адрес Генерального директора нижеследующего содержания: "содействовать международной дискуссии с участием органов здравоохранения, специалистов и пациентов по вопросам общих критериев подготовки и

передачи информации для конкретных групп пациентов о рациональном использовании лекарственных средств".

Д-р VOLJČ (Словения) говорит, что он представит Секретариату свои комментарии в письменном виде.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ благодарит его за практический подход, однако говорит, что не собирается препятствовать выступлению никого из членов Исполкома.

Д-р GAKURUH (Кения) говорит, что в настоящее время в Кении распространяется лекарственно устойчивая форма туберкулеза. Главной проблемой в Кении является доступ к основным лекарственным средствам в частном секторе. В тех случаях, когда доступные по цене лекарственные средства отсутствовали, государственный сектор обеспечивал их наличие в необходимых количествах. Начать выполнение небольшого пилотного проекта, в котором лекарства передаются частному сектору, где они назначаются на безвозмездной основе. Результаты выглядят воодушевляюще и подтверждают тот факт, что общей проблемой для этого сектора является наличие лекарственных средств. Он поддерживает проект резолюции, однако предлагает поправку к пункту 1(5) постановляющей части, где после слов "национальные программы в области лекарственных средств" необходимо вставить слова "и предоставлять основные лекарственные средства частному сектору".

Д-р SUWIT WIBULPOLPRASERT (Таиланд) говорит, что в отличие от других членов Исполкома, Таиланд разочарован работой Секретариата и государств-членов, включая работу Таиланда по рациональному использованию лекарств. Он напоминает, что нынешний Председатель Исполнительного комитета ранее занимался этой работой в ВОЗ в течение примерно 20 лет в те времена, когда ВОЗ была гораздо более активна, чем теперь. С момента принятия резолюции WHA39.27 было одобрено более 13 связанных с этим вопросом резолюций и, вместе с тем, лишь 28% стран сформировало национальную политику в области лекарственных средств и национальную систему мониторинга, а в 75% стран антимикробные лекарственные средства можно купить без рецепта и заниматься самолечением. В пользу рационального использования лекарственных средств имеется немало доводов, однако необходимые меры в жизнь не проводятся. Обратной стороной платных услуг является выписывание лекарственных средств сверх меры и чрезмерное использование лекарств и непроизводительный расход ресурсов, в то время как подушная оплата способствует рациональному использованию лекарственных средств и других ресурсов здравоохранения. Несмотря на это, платное медобслуживание остается преобладающим методом в большинстве стран. Растущая роль частного сектора в развивающихся странах, неадекватное регламентирование и возрастающая нерациональность использования лекарственных средств в частном секторе представляют собой наиболее значительные проблемы. Более того, почти во всех странах частный сектор придерживается национального перечня основных лекарственных средств лишь в тех случаях, когда медицинская страховка возмещает их стоимость. В этой области необходимы особое внимание и действия. В помощь рациональному использованию лекарственных средств необходима масштабная реформа политики в области здравоохранения и систем здравоохранения. Влияние материально заинтересованных групп, в особенности фармацевтической промышленности и врачебного корпуса, не следует недооценивать. Фармацевтическая промышленность вкладывает больше средств в маркетинг, нежели в исследования и разработки, и эта промышленность обладает большим числом лоббистов в парламентах. Нерациональное использование лекарств нельзя исправить лишь при помощи воспитательных средств или путем воздействия на систему здравоохранения: необходимо тесное сотрудничество с потребительскими группами, а также с местной и мультинациональной промышленностью в целях улучшения прозрачности и социальной

подотчетности. Он предлагает 14 поправок к проекту резолюции в письменном виде. Ввиду большого числа других поправок, он предлагает создать редакционную группу.

Д-р TANGI (Тонга) выражает удивление тем фактом, что по прошествии 20 лет и по принятии столь многих резолюций сделано так мало. Он был поражен упоминанием представителя Китая об учащих медицинских учебных заведениях. В ВОЗ было принято столько резолюций, а тысячи студентов ничего о них не знают, и даже в медицинских и фармацевтических учебных заведениях не известны подробности этих резолюций. Здоровые принципы, касающиеся рационального использования лекарственных средств, должны быть включены в систему подготовки специалистов здравоохранения, в противном случае и через 15 лет мы будем сталкиваться с той же проблемой.

Д-р GOMES TEAMPORÃO (Бразилия) подчеркивает, что врачам и пациентам необходимо иметь независимую информацию о лекарственных средствах. Он обеспокоен заявлением в докладе (пункт 7) о том, что нерациональное использование лекарственных средств значительно больше проявляется в частом секторе. В Бразилии их использование нерационально и в государственном, и в частном секторах. Он не согласен с утверждением в этом пункте в отношении расширения доступа к основным лекарственным средствам, используемым в случае заболеваний, не получающих достаточного внимания; основной проблемой является не нерациональное использование, а труднодоступность. Поэтому этот пункт необходимо сформулировать иначе. Что касается проекта резолюции, то Бразилия предлагает изъять одиннадцатый абзац преамбулы, начинающийся словами "Осознавая, что многие глобальные инициативы" и заменить словами "Подчеркивая, что глобальные инициативы по увеличению доступа к основным лекарственным средствам также должны учитывать основную и широко распространенную проблему нерационального использования лекарственных средств;".

Д-р ÁLVAREZ LUCAS (заместитель г-на Bailón, Мексика) говорит, что в Мексике учреждения здравоохранения научились сотрудничать активным и прозрачным образом с частным сектором, как, например, в случае с туберкулезом, в отношении которого стоимость лечения сократилась примерно на 40%. Он поддерживает проект резолюции и предлагает дополнить формулировку пункта 2 в том плане, что необходимо заключать с производителями лекарственных средств прозрачные и справедливые стратегические союзы и способствовать политике с таким расчетом, чтобы повлиять на понимание вопросов издержек, доступа и содействия рациональному использованию лекарственных средств, в особенности таких, которые имеют отношение к приоритетным программам международного общественного здравоохранения.

Д-р ZUCKER (помощник Генерального директора) разделяет заботу членов Исполкома о совместных действиях национальных учреждений и международных партнеров для обеспечения такой ситуации, когда лекарства имеются в требуемых фармацевтических формах, используются надлежащим образом и доступны всем, кто в них нуждается; необходимо использовать имеющиеся большие возможности для лучшего лечения; обеспечивать соблюдение режима лечения в целях сдерживания резистентности. Решающую роль в рациональном использовании лекарственных средств имеет установление и применение общеприемлемых стандартов и что необходимую роль играет ведение болезни. Опыт некоторых стран показал, что программы рационального использования лекарственных средств обладают значительным экономическим потенциалом и могут содействовать экономии средств, объемы которых по меньшей мере в три раза превышают расходы на эти программы.

Секретариат ведет работу в области просвещения и создания партнерств между государственным и частным секторами. Некоторые из опасений в отношении ВИЧ/СПИДа и туберкулеза аналогичны опасениям, связанным с другими болезнями, и в этом случае просвещение также играет основополагающую роль. Вопрос о частнопрактикующих врачах

ставит проблемы на всех уровнях, которые необходимо изучать. В отношении предложения о содействии международным обсуждениям, он напоминает, что в этой области ВОЗ организует совещания, и что, возможно, необходимо более широкое распространение информации. Он разделяет озабоченность относительно сведений, которые получают в свое распоряжение учащиеся медицинских учебных заведений, а также относительно роли врачей в использовании лекарственных средств и подчеркивает значение просветительной работы среди членов семьи и пациентов, а также среди лиц, назначающих лекарства, относительно последствий нерационального использования лекарственных средств с точки зрения результатов для пациента, лекарственной устойчивости и расходов.

Учитывая 30-ю годовщину Перечня основных лекарственных средств, которая будет отмечаться в октябре 2007 г., принятие проекта резолюции будет свидетельствовать о решимости всех государств-членов стремиться к тому, чтобы с нерациональным использованием лекарственных средств как с фактором заболеваний было покончено.

Г-н REED (Churches Action for Health), выступая по приглашению ПРЕДСЕДАТЕЛЯ, дает положительную оценку усилиям ВОЗ в содействии доступу к основным лекарственным средствам и к обеспечению безопасности, эффективности и доброкачественности лекарств. Недавний призыв Ассамблеи здравоохранения о реориентации научных исследований и разработок на болезни бедных слоев населения во всем мире, которым не уделялось достаточно внимания, несомненно, будут содействовать этому доступу. Доступность основных лекарственных средств будет оставаться ограниченной, если лекарства не используются рациональным образом. Лекарства необходимо назначать, исходя из терапевтической целесообразности и учитывая экономический аспект, а также при контроле соблюдения режима лечения. Учитывая фактическое подтверждение подобных ограничений, указанных в документе EB118/6, Исполнительный комитет должен рекомендовать следующей сессии Ассамблеи здравоохранения рассмотреть вопрос о том, чтобы обратиться к государствам-членам с просьбой содействовать рациональному использованию лекарственных средств и осуществлять его на практике; усиливать обучение, ограничивать рекламную деятельность, которая может повлиять на врачей, назначающих лекарства, и на соблюдение режима лечения пациентами. Следует укреплять руководящую и пропагандистскую роль ВОЗ в деле содействия рациональному использованию лекарств, а также техническую поддержку ВОЗ в отношении контроля за использованием лекарственных средств. Необходимо заниматься научными исследованиями в области устойчивых мероприятий.

Д-р KEAN (Исполнительный директор Канцелярии Генерального директора) предлагает, чтобы, учитывая большое количество предложенных к проекту резолюции поправок после совещания во второй половине дня, была созвана редакционная группа, с тем чтобы рассмотреть новый проект резолюции, включающий в себя все поправки, который подготовит Секретариат.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ считает, что Исполком согласен созвать редакционную группу открытого состава. Он обращает внимание на финансовые последствия проекта резолюции, содержащиеся в документе EB118/6 Add.1.

Решение принимается.

Профессор PEREIRA MIGUEL (Португалия) просит, чтобы предложенные к проекту резолюции поправки были распространены среди членов Исполкома до заседания редакционной группы.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что текст с поправками будет распространен.

(Продолжение дискуссии см. протокол пятого заседания, раздел 4.)

Уменьшение содержания мышьяка в целях обеспечения безопасности грунтовых вод:
пункт 5.4 повестки дня (документ EB118/14)

Г-н IWABUCHI (заместитель д-ра Shinozaki, Япония), признавая, что присутствие мышьяка в питьевой воде наносит ущерб здоровью, говорит, что для профилактики и борьбы необходима координация в таких областях, как здравоохранение и экология. Необходима эффективная политика: снабжение безопасной питьевой водой с помощью выявления альтернативных водоисточников, незагрязненных мышьяком; система измерения концентрации мышьяка в воде; повышение осведомленности в сфере общественного здравоохранения; и лечение пациентов с отравлениями мышьяком. ВОЗ должна лидировать в деле укрепления потенциала, с тем чтобы решать эту проблему и содействовать обмену информацией.

Д-р SOPIDA CHAVANICHKUL (заместитель д-ра Suwit Wibulpolprasert, Таиланд) говорит, что в течение предшествующих 20 лет в Таиланде было отмечено два случая загрязнения питьевой воды, после которых среди населения, где эти случаи были отмечены, проводилось длительное наблюдение за состоянием здоровья людей. В первом случае в 1986 г. имело место загрязнение поверхностных водоисточников мышьяком, используемым при добыче олова шахтным способом. Это привело к нескольким случаям карциномы базальных клеток. Второй в 1998 г. касался загрязнения воды естественного водотока в результате добычи свинца шахтным способом. Поэтому Таиланд приветствует концепцию готовности к подобной проблеме и рекомендует простые средства быстрой оценки и скрининга. Кроме того, регистрация случаев рака, скрининг на рак и ранний диагноз необходимы для длительного ведения заболеваний лиц, хронически подверженных воздействию высоких концентраций мышьяка в питьевой воде. В отношении подобных предсказуемых медико-санитарных рисков необходимы средства, а также незагрязненные водоисточники.

Г-жа PATTERSON (заместитель г-жи Halton, Австралия) говорит, что ее страна оказывает помощь странам в южной Азии и в районе Меконга, где есть риск для здоровья, создаваемого грунтовыми водами, загрязненными мышьяком. Одной из ключевых стратегий является регулирование качества воды методом управления риском. Было издано руководство по вопросам безопасной воды, которое используется в программах, осуществляемых в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Она призывает все заинтересованные стороны придерживаться метода управления риском, с тем чтобы выявлять и минимизировать риски на каждом этапе водоснабжения от водозабора до потребителя.

Д-р AL-SHAMMARI (Ирак), выступая от имени государств - членов Региона Восточного Средиземноморья, говорит, что снабжение безопасной питьевой водой играет ключевую роль в деле улучшения состояния здоровья населения. Хотя наиболее явным риском является риск передачи болезней, переносимых водой, пример наличия мышьяка в грунтовой воде, используемой в качестве питьевой воды в Бангладеш и в других странах, свидетельствует о том, что химический риск заслуживает в равной степени внимательного отношения. Те немногие факты обеспокоенности в отношении здоровья, связанные с наличием высоких концентраций мышьяка в питьевой воде в Регионе, как никакие другие заставляют задаться вопросом, является ли проблема действительно незначительной или несуществующей или не являются ли контроль и надзор за качеством питьевой воды недостаточно совершенными, чтобы выявить эту проблему. Фтористые соединения представляют собой еще одно химическое вещество, наличие которого в воде признается оказывающим неблагоприятное воздействие на здоровье и наличие которого в грунтовых водах в высоких концентрациях в некоторых зонах Региона вероятно. Секретариату следует рекомендовать государствам-членам в своих программах проверки качества воды обратить особое внимание на мышьяк и другие химические вещества, создающие риск. Необходимо оказывать содействие использованию

простых, недорогих аналитических методов, для того чтобы во всех странах обеспечить как можно более широкий охват программами проверки качества.

Д-р REN Minghui (Китай) говорит, что загрязнение мышьяком является серьезной проблемой в Китае, затрагивающей 500 000 человек и более половины территории страны, угрожающей безопасности питьевой воды и экономическому развитию в районах, подвергающихся загрязнению. Обследования, проводимые ЮНИСЕФ в отношении загрязнения грунтовых вод и конфигурации загрязнения мышьяком, способствовали тому, что на мероприятия по уменьшению содержания мышьяка были выделены средства и было улучшено качество грунтовых вод. Проводились надзор за улучшением качества воды и научные исследования, и к 2010 г. во всех районах, где имеет место загрязнение мышьяком, программа должна быть завершена. Китай приветствует доклад и желает продолжить сотрудничество с ВОЗ и другими международными организациями.

Г-жа WEBER-MOSDORF (помощник Генерального директора) отвечает, что борьба с загрязнением мышьяком является той областью, в которой ВОЗ продемонстрировала значение сотрудничества с другими организациями и партнерами. В Бангладеш специалисты в области экологии и здравоохранения работали в тесном контакте с советниками в регионах и штаб-квартире ВОЗ. Это относится также к партнерской программе ВОЗ, где примером является партнерство с Австралией в Азиатско-Тихоокеанском регионе, и предметом программы является качество питьевой воды, включая питьевую воду, загрязненную мышьяком. Такое сотрудничество необходимо рассматривать во взаимосвязи с ролью ВОЗ в деле установления стандартов, которую она выполняет посредством публикации *Международных стандартов питьевой воды* и *Рекомендаций в отношении качества питьевой воды*. Подход, использующий принцип управления риском, является составной частью рекомендаций. Качество питьевой воды является той областью, в которой ВОЗ играет руководящую роль и осуществляет воздействие. Эта область также имеет отношение к значительному бремени болезней, которые можно предупредить: лишь на диарейные заболевания приходится 1,6 миллиона смертных случаев в год. Одним из основных видов деятельности ВОЗ является отслеживание хода работы по достижению Цели 10 Целей тысячелетия в области развития - к 2015 г. добиться снижения наполовину числа людей, не имеющих постоянного доступа к безопасной питьевой воде и санитарии.

Поскольку арсеникоз не поддается лечению, профилактика играет решающую роль. Задача состоит в том, чтобы снизить заболеваемость, связанную с потреблением воды, путем повышения информированности, разработки и внедрения аналитических методов определения концентраций мышьяка в питьевой воде и, в необходимых случаях, удаление мышьяка из питьевой воды. Секретарит готов оказать техническую поддержку всякому государству-члену, испытывающему в этом необходимость.

Исполком принимает доклад к сведению.

2. РАССМОТРЕНИЕ ВОПРОСА ОБ УСКОРЕНИИ ПРОЦЕДУРЫ ИЗБРАНИЯ СЛЕДУЮЩЕГО ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: пункт 9 повестки дня (документы EB118/20 и EB118/20 Add.1) (продолжение со второго заседания, раздел 1)

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ обращает внимание на записку Секретариата (документ EB118/20 Add.1), содержащую "График 1А плюс", учитывающий предложения некоторых членов Исполкома провести процесс выдвижения кандидатуры и назначения следующего Генерального директора в ноябре 2006 года. При этом прилагаются документ о финансовых последствиях и проект резолюции.

Профессор PEREIRA MIGUEL (Португалия), выступая от имени Европейского союза и его государств-членов, говорит, что была просьба перенести крайний срок приема предложений в отношении поста Генерального директора с 22 августа 2006 г. на начало сентября по причине несколько вялого периода в августе, когда будет затруднительно устанавливать необходимые контакты и совершать формальные шаги.

Д-р SHANGULA (Намибия), выступая от имени государств - членов Африканского региона, говорит, что страны его Региона также просят перенести крайний срок принятия предложений в связи с некоторыми национальными и региональными процессами, которые необходимо завершить в течение этого периода. Они предпочитают перенести крайний срок на начало октября, но они были бы готовы согласиться на перенос этого срока до конца сентября.

Д-р GWENIGALE (Либерия) предлагает перенести крайний срок представления кандидатур до периода завершения совещания Регионального комитета для стран Африка, которое запланировано на конец августа и начало сентября.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что все региональные совещания проводятся в сентябре, что может потребовать некоторых уступок со стороны государств-членов, хотя он полагает, что принятие решений в отношении данного случая требуется на уровне государств-членов, а не на региональном уровне.

Д-р STEIGER (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) говорит, что он готов пойти на компромисс в отношении конечного срока представления предложений, но предупреждает, что для рассмотрения кандидатур до сессии Исполкома необходимо располагать достаточным временем, включая время для возможных собеседований с членами Исполкома. Это будет трудно сделать, если конечный срок будет перенесен на октябрь, а Исполком должен быть созван в ноябре. Помимо этого оратор предложил внести поправку в проект резолюции в виде нового пункта 5 нижеследующего содержания: "предлагает исполняющему обязанности Генерального директора временно уволить сотрудников, являющихся кандидатами, с их нынешних постов на период, начинающийся с крайнего срока подачи кандидатур и до назначения нового Генерального директора Ассамблеей здравоохранения".

Д-р REN Minghui (Китай) говорит, что необходимо сохранить гибкость по отношению к Графику 1А плюс, однако он также подчеркивает, что следует иметь достаточно времени после крайнего срока представления кандидатур и до сессии Исполкома. Он поддерживает поправку, предложенную членом Исполкома от Соединенных Штатов Америки, однако задает вопрос, располагает ли исполняющий обязанности Генерального директора полномочиями временно уволить с их нынешних постов тех региональных директоров, которые являются кандидатами.

Г-жа PATTERSON (заместитель г-жи Halton, Австралия) поддерживает график, предложенный Секретариатом, предусматривающий гибкую позицию в отношении крайнего срока. Она приветствует поправку, предложенную членом Исполкома от Соединенных Штатов, которая будет способствовать стабильному функционированию Организации в течение этого периода. Она предлагает внести поправку в пункт 2 проекта резолюции, вставив слова "государствам-членам" после слов "информации в поддержку кандидатур", для того чтобы обеспечить соответствие с документом.

Д-р SUWIT WIBULPOLRASERT (Таиланд) полагает, что в Графике 1А плюс предлагается удовлетворительный компромисс. Он согласен с гибким подходом, однако поддерживает члена Исполкома от Китая, в том что необходимо предусмотреть достаточный период времени после наступления крайнего срока представления кандидатур до сессии Исполкома. Эту сессию откладывать нельзя. Вместо этого гибкий подход должен применяться

по отношению к крайнему сроку представления предложений и рассылки материалов. Прежде чем приступить к рассмотрению предложения члена Исполкома от Соединенных Штатов Америки и в свете вопроса, затронутого членом Исполкома от Китая, он просит дать разъяснение относительно определения понятия "сотрудник", и распространяется ли это понятие на исполняющего обязанности Генерального директора, поскольку, как он понимает, исполняющий обязанности не собирается выставлять свою кандидатуру на выборах. Кроме того, следует ли производить временное увольнение с момента подачи предложений или с момента подачи заявления об участии в выборах в качестве кандидата?

Д-р KHALFAN (Бахрейн) обращает внимание на чрезвычайный характер процесса, который обычно происходит более медленными темпами. Он поддерживает просьбу члена Исполкома от Намибии при условии, что это не повлияет на дату проведения чрезвычайной сессии Ассамблеи здравоохранения, запланированной на 9 ноября. Он поддерживает поправки, предложенные членами Исполкома от Соединенных Штатов Америки и Австралии.

Д-р GØTRIK (Дания) решительно поддерживает мнение о том, что конечная дата приема предложений должна быть перенесена самое раннее на начало сентября 2006 года. Что касается поправки, предложенной членом Исполкома от Соединенных Штатов Америки, то он задает вопрос, будет ли временное увольнение соответствующего сотрудника обязательным или факультативным? Развивая свой вопрос далее, в гипотетическом случае, если Генеральный директор выставит свою кандидатуру на перевыборы, то следует ли ему уйти во временное увольнение на время предвыборного периода?

Профессор PAUNESCU (Румыния) считает, что наиболее подходящим вариантом является установление крайнего срока представления кандидатур на начало сентября.

Д-р WINT (Ямайка) поддерживает График 1А плюс и просит, чтобы были закреплены два последних срока, установленные в Графике, а предшествующие сроки могут сохранять гибкость. Он поддерживает поправку, предложенную членом Исполкома от Австралии, и ожидает разъяснения по поводу поправки, предложенной членом Исполкома от Соединенных Штатов Америки.

Г-н MIGUIL (Джибути) говорит, что он поддержит консенсус членов Исполкома, однако предпочитает, чтобы чрезвычайная сессия Ассамблеи здравоохранения не откладывалась на более поздний срок, чем 9 ноября, как это предусмотрено в Графике 1А плюс. Что касается вопроса о сотрудниках Организации, являющихся кандидатами, и которые должны быть временно уволены, он говорит, что кандидатам следует добровольно оставить все свои обязанности в ВОЗ, однако нельзя их принуждать к увольнению. Он просит дать разъяснение по этому вопросу. Он желает, чтобы заявление исполняющего обязанности Генерального директора в отношении того, что он не будет выставлять свою кандидатуру на пост Генерального директора, было отражено в документе, с тем чтобы ситуация была ясной.

Д-р КАКАР (Афганистан) говорит, что окончательная дата приема предложений может оставаться гибкой, и предложил 1 сентября 2006 года. В связи с поправкой, предложенной членом Исполкома от Соединенных Штатов Америки, содержит ли Устав ВОЗ положения, регулирующие порядок в отношении сотрудников ВОЗ, являющихся кандидатами?

Д-р TANGI (Тонга) говорит, что он поддерживает График 1А плюс. В соответствии с положениями статьи 52 Правил процедуры Исполнительного комитета, требуется период в шесть месяцев до установленной даты открытия сессии Исполкома, на которой принимается решение о кандидатуре на пост Генерального директора. Этот период состоит из четырех месяцев с момента уведомления государств-членов о том, что они могут предлагать кандидатов и окончательные даты получения предложений на выдвижение и двух месяцев для работы,

проводимой Исполкомом. Действительно ли государства-члены желают сохранить четырехмесячный период представления предложений, а затем сократить период работы Исполкома, оказывая тем самым на него чрезвычайное давление?

Оратор выражает желание согласиться с Графиком при условии того, что материалы по предложению должны направляться государствам-членам незамедлительно и предусматривать надлежащее время для рассмотрения. Он согласен с поправкой, предложенной членом Исполкома от Соединенных Штатов Америки, которая предусматривает временное увольнение сотрудников, являющихся кандидатами.

Д-р SADASIVAN (Сингапур) согласен с компромиссом, который отражен в Графике 1А плюс. Некоторая гибкость должна быть позволена в отношении окончательного срока приема предложений, однако сроки, касающиеся чрезвычайных сессий Исполкома и Ассамблеи здравоохранения, должны соблюдаться.

Д-р SHANGULA (Намибия), выступая от имени государств - членов Африканского региона, высказывает одобрение по поводу гибкости, проявленной членами Исполкома в отношении окончательного срока получения предложений. Гибкость необходима ввиду различий в региональных процедурах представления выдвинутых кандидатур. Высказывая просьбу в отношении перенесения крайнего срока, страны его Региона пытаются иметь те же возможности, что и другие регионы в процессе поиска и выдвижения подходящих кандидатов.

Д-р KHALFAN (Бахрейн) спрашивает, будет ли сохранено содержание при временном увольнении.

Д-р NTAWUKULIRYAYO (Руанда) выступает за то, чтобы окончательный срок приема предложений был отодвинут до начала сентября 2006 г., и поддерживает поправку, предложенную членом Исполкома от Соединенных Штатов Америки. Касаясь вопроса, затронутого членом Исполкома от Бахрейна, он не видит причины, препятствующей сохранению содержания в случае временного увольнения.

Д-р STEIGER (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) говорит, что он предложил поправку по той причине, что положения Правил о персонале ВОЗ, регулирующие отпуск сотрудников, выставляющих свою кандидатуру на политический пост, в данном случае не применяются, поскольку они касаются политического избрания сотрудника в стране его происхождения, а не участия в выборах в Организации. Хотя он предполагает, что всякий сотрудник ВОЗ, выставляющий свою кандидатуру для избрания, будь то в региональном бюро или в штаб-квартире, уйдет со своего поста, и правительство его страны не будет поддерживать никакого кандидата, который этого не сделает, эта поправка в нынешней формулировке оставляет выполнение резолюции на усмотрение лица, исполняющего обязанности Генерального директора. Он полагает, что при подобном отпуске будет сохранено содержание. Поскольку будет трудно установить точную дату, с которой сотрудник становится объявленным кандидатом и поэтому обязан уйти в отпуск, то было бы целесообразно, чтобы этот отпуск начинался с окончательной даты представления назначений, которая в свете нынешнего обсуждения будет, по-видимому, приходиться на начало сентября.

Г-н BURCI (юрисконсульт), отвечая на заданные вопросы, говорит, что возможность предоставления сотруднику специального оплачиваемого отпуска уже предусматривается правилом 650 Правил персонала ВОЗ, в котором говорится, что Генеральный директор может по своей инициативе предоставить подобный отпуск, если он или она считает, что это будет в интересах Организации. Поэтому Исполкому целесообразно с такой просьбой выступить. Однако он сомневается в целесообразности формулировки предложения, которое обязывает исполняющего обязанности Генерального директора предоставить особый отпуск. Он поэтому предлагает заменить слова "предлагает Исполняющему обязанности Генерального директора

предоставить сотрудникам" словами "предлагает Исполняющему обязанности Генерального директора рассмотреть вопрос о временном увольнении". Он также предлагает, чтобы исполняющий обязанности Генерального директора рассмотрел вопрос о предоставлении соответствующему сотруднику возможность посещать во время своего отпуска специальные мероприятия, как, например, важные конференции, если он сочтет, что это будет в интересах Организации. Он согласен с членом Исполкома от Соединенных Штатов Америки в отношении даты, с которой должен начинаться отпускной период, поскольку конверты, содержащие предложения, будут открыты только по истечении периода представления предложений. Определение персонала содержится в статьях 30 и 35 Устава ВОЗ. Под персоналом в широком смысле понимаются все лица, находящиеся на службе у Организации, которые получили контракт о назначении, подписанный Генеральным директором, и служат Организации в соответствии с Положениями о персонале и Правилами о персонале.

Д-р REN Minghui (Китай) говорит, что требование специального отпуска создаст временную вакансию в региональном бюро, если его директор выдвигается на пост Генерального директора. Поэтому он спрашивает, будет ли исполняющий обязанности Генерального директора обладать полномочием назначать кого-либо в замену этого регионального директора на период отпуска. В настоящее время выдвижением региональных директоров занимаются Региональные комитеты.

Д-р KHALFAN (Бахрейн) просит разъяснения в отношении того, будет ли исполняющий обязанности Генерального директора иметь полномочия временно увольнять сотрудников с сохранением содержания.

Д-р GØTRIK (Дания) спрашивает, должен ли Генеральный директор увольняться во время процесса переизбрания.

Д-р SUWIT WIBULPOLPRASERT (Таиланд), повторяя вопросы, затронутые членами Исполкома от Китая и Бахрейна, спрашивает, почему имена кандидатов не могут быть оглашены до того, как конверт официально открывается на последний день периода выдвижения кандидатур.

Д-р GWENIGALE (Либерия) предлагает конечный срок приема предложений перенести на 5 сентября, поскольку это даст государствам - членам Африканского региона время передать все выдвижения, которые Региональный комитет на своем заседании 2 сентября может принять решение представить. Он повторил вопрос, поднятый членом Исполкома от Дании.

Д-р STEIGER (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) разъясняет, что предложенная им поправка не предназначена установить прецедент, касающийся переизбрания Генерального директора, а предназначена найти решение для данной специфической ситуации. Если Генеральный директор примет решение переизбираться, то Исполком может принять другое решение по этому вопросу, а также по вопросу временного увольнения. Поправка относится ко всем лицам, находящимся на контракте ВОЗ, и оратор спрашивает, может ли определение "сотрудников" ВОЗ и, таким образом, требование временного увольнения распространяться на тех сотрудников, которые работают в рамках соглашений об административных услугах.

Г-н AITKEN (советник Генерального директора) говорит, что если окончательным сроком приема предложений установить 5 сентября, то сроком отправки материалов по предложениям государствам-членам необходимо считать 5 октября, поскольку опыт показывает, что Секретариату нужен один месяц для проведения этой большой работы. Отвечая на вопрос, затронутый членом Исполкома из Китая, он подтвердил, что Генеральный директор может просить Региональных директоров уйти во временное увольнение. В этом

случае они обычно назначают себе замену. Для того чтобы пояснить тот факт, что проект резолюции относится только к нынешнему процессу избрания, он предлагает внести поправку в новый пункт, предложенный членом Исполкома от Соединенных Штатов Америки, и включить слова "нынешнее избрание".

ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА говорит, что он не будет кандидатом на пост Генерального директора, но будет осуществлять надзор за тем, чтобы процесс избрания происходил ясным и прозрачным образом. Он подтвердил, что вследствие большого объема работы по переработке материалов Секретариату необходим один месяц с момента получения предложений и до момента отправки материалов государствам-членам, однако сказал, что сроки могут быть изменены. Что касается статуса сотрудников ВОЗ, работающих по соглашениям об административных услугах, то эти сотрудники не обладают теми возможностями в отношении работы, какими обладают другие сотрудники ВОЗ.

Г-н BURCI (юрисконсульт), отвечая на вопрос, затронутый членом Исполкома от Таиланда, говорит, что ожидание пока не будут получены все заявки, прежде чем будут оглашены имена кандидатов, является требованием Статьи 52 Правил процедуры Исполнительного комитета, и это - в интересах большей прозрачности и легитимности.

Д-р SUWIT WIBULPOLPRASERT (Таиланд) говорит, что если он правильно понимает, то слово "сотрудник" относится ко всем, начиная с самой высокой должности Генерального директора, а также к должности помощника Генерального директора и Регионального директора вплоть до должности уборщика. Он согласен с предлагаемыми сроками в отношении получения предложений и рассылки материалов. Если, в соответствии со Статьей 52 Правил процедуры Исполкома, поправка, предложенная членом Исполкома от Соединенных Штатов Америки, будет действовать с момента окончания приема всех заявок, он согласен с этой поправкой. Он обращает внимание на необходимость бдительности при использовании средств ВОЗ на избирательную кампанию и предполагает, что Исполком может пожелать создать механизм для решения этого вопроса.

Г-н AITKEN (советник Генерального директора) говорит, что Секретариат проявляет чрезвычайную бдительность в отношении этого вопроса и что он вновь направит записку, которая была выпущена перед избранием д-ра Ли в том плане, что использование средств ВОЗ на избирательные цели является серьезным нарушением.

Обращаясь к проекту резолюции с поправками, он говорит, что пункт 2(b) должен выглядеть следующим образом: "конечная дата получения ВОЗ предложений по кандидатурам: 5 сентября 2006 года". Пункт 2(c) должен выглядеть следующим образом: "эта рассылка государствам-членам предложений биографий и информации в поддержку кандидатур: 5 октября 2006 года". Предложенный членом Исполкома от Соединенных Штатов Америки новый пункт с поправками, который будет вставлен после пункта 4, будет иметь нижеследующее содержание: "ПРЕДЛАГАЕТ исполняющему обязанности Генерального директора рассмотреть вопрос о временном увольнении с сохранением денежного содержания тех сотрудников, которые являются кандидатами на выборную должность, упомянутую в настоящей резолюции, с занимаемых ими на данный момент должностей с 5 сентября 2006 г. и до назначения нового Генерального директора Ассамблеей здравоохранения"

Д-р KHALFAN (Бахрейн) предлагает в новом пункте перед словом "сотрудников" вставить слова "должностных лиц".

Д-р SHANGULA (Намибия) поддерживает проект резолюции с поправками и говорит, что сроки, указанные в пункте 3 документа EB118/20 Add.1, необходимо, соответственно, изменить.

Д-р GOMES TEMPORÃO (Бразилия) просит юрисконсульта ответить на вопрос, затронутый членом Исполкома от Соединенных Штатов Америки, в отношении того, будут ли применяться особые положения, касающиеся временного увольнения, к сотрудникам, нанятым в рамках соглашений об административных услугах.

Г-н BURCI (юрисконсульт) отвечает, что сотрудники ВОЗ, работающие в рамках соглашений об административных услугах, какие имеются, например с ЮНЭЙДС и с Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, могут являться объектом определенных ограничений, которые не относятся к другим сотрудникам, как пояснил исполняющий обязанности Генерального директора. В то же время они остаются сотрудниками ВОЗ, и положения, предусматривающие временное увольнение кандидата, могут, в принципе, применяться к ним. Таковы предварительные выводы, хотя это необходимо обдумать дополнительно.

Г-н MUGUIL (Джибути) говорит, что Исполкому следует обсудить важный вопрос региональной ротации с точки зрения назначения Генерального директора, прежде чем рассматривать вопрос о принятии проекта резолюции. Он просит установить срок для этого обсуждения.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ напоминает о решении создать рабочую группу по вопросу о необходимых изменениях в Правилах процедуры в связи с избранием Генерального директора. Группа будет создана в ближайшее время и изучит вопрос о региональной ротации. Она будет заниматься перспективными задачами, не связанными с нынешним избранием.

Д-р AL-SHAMMARI (Ирак) поддерживает мнение члена Исполкома от Джибути.

Г-жа PATTERSON (заместитель г-жи Halton, Австралия) говорит, что, как она понимает, предлагаемые изменения в Правилах процедуры будут переданы на рассмотрение Комитета по программным, бюджетным и административным вопросам. Она просит дать разъяснение в отношении задач и сроков работы упомянутой рабочей группы, если таковая будет создана.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ подчеркивает, что проект резолюции не обязательно связан с вопросом внесения изменений в основные тексты. Его задача заключается в разрешении чрезвычайной ситуации.

Г-н AITKEN (советник Генерального директора) напоминает, что Председатель всегда придерживался мнения о том, что Комитет по программным, бюджетным и административным вопросам будет наиболее подходящим органом, которому необходимо рассмотреть предложения, касающиеся региональной ротации и прочих подобных вопросов. На следующий день Исполком может принять решение в отношении того, когда должен собраться Комитет. Затем Комитет представит доклад Исполкому в январе 2007 г. на основе доклада, подготовленного Секретариатом.

Д-р NTAWUKULIRYAYO (Руанда) говорит, что хотя, в принципе, он поддерживает региональную ротацию, Исполкому следует проявить прагматизм и утвердить проект резолюции. Рабочая группа изучит вопрос о региональной ротации, являющийся отдельным вопросом по отношению к проекту резолюции.

Д-р SHANGULA (Намибия) согласен с предыдущим оратором в том, что это различные вопросы. Для обсуждения вопроса о региональной ротации нет необходимости в рабочей группе, поскольку подобная практика уже существует в системе Организации Объединенных Наций. Исполком может просто решить вопрос о том, следует ли придерживаться этого

принципа, а если такого решения не примет, то может применить этот принцип в тех случаях, где это необходимо.

Д-р TANGI (Тонга) согласен, что проект резолюции и вопрос о региональной ротации не взаимосвязаны. Он задается вопросом совместимости принципа региональной ротации со статьей 52 Правил процедуры. По его мнению, основным критерием, который должен учитываться при избрании Генерального директора, является критерий выбора наилучшего возможного кандидата.

Резолюция с поправками принимается¹.

Д-р KHALFAN (Бахрейн) предлагает отложить вопрос о ротации до сессии Исполнительного комитета, которая состоится с 6 по 8 ноября 2006 года.

Заседание закрывается в 12 ч. 35 м.

¹ Резолюция EB118.R2.

ЧЕТВЕРТОЕ ЗАСЕДАНИЕ

Вторник, 30 мая 2006 г., 14 ч. 05 м.

Председатель: д-р F. ANTEZANA ARANÍBAR (Боливия)

1. РАССМОТРЕНИЕ ВОПРОСА ОБ УСКОРЕНИИ ПРОЦЕДУРЫ ИЗБРАНИЯ СЛЕДУЮЩЕГО ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: пункт 9 повестки дня (документы EB118/20 и EB118/20 Add.1) (продолжение)

Г-н MIGUIL (Джибути) напоминает, что вопрос о географической ротации должности Генерального директора должен обсуждаться на Комитете по программным, бюджетным и административным вопросам. В свете значения и политического характера этого вопроса его следует также рассмотреть на сессии Исполкома в январе 2007 года.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что, по его мнению, Исполком считает так же.

Предложение принимается.

2. ТЕХНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ И ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (продолжение)

Борьба с лейшманиозом: пункт 5.1 повестки дня (документы EB118/4 и EB118/4 Add.1) (продолжение третьего заседания, раздел 3)

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ предлагает рассмотреть пересмотренный проект резолюции, который отражает поправки, предложенные членами Исполкома. Он не влечет никаких дополнительных финансовых последствий для Организации.

Исполнительный комитет,
рассмотрев доклад о борьбе с лейшманиозом¹,

РЕКОМЕНДУЕТ Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию:

Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,
рассмотрев доклад о борьбе с лейшманиозом;
признавая, что лейшманиоз является одной из забытых тропических болезней, которой в настоящее время в мире затронуто более 12 миллионов человек и на которую ежегодно приходится два миллиона новых случаев заболевания;
отмечая с обеспокоенностью, что риску подвергаются предположительно 350 миллионов человек и что число новых (Намибия) случаев заболевания возрастает;
признавая отсутствие точной информации об эпидемиологии данной болезни для лучшего понимания этой болезни методов борьбы с ней (Таиланд);

¹ Документ EB118/4.

отмечая с обеспокоенностью, что данная болезнь поражает беднейшие слои населения в 88 странах, налагая тяжелое экономическое бремя на семьи, общины и страны, особенно в развивающихся странах;

отмечая с обеспокоенностью, что лечение является или недоступным, может быть токсичным и вызывать резистентность, ведущую к недостаточному лечению или создает налагает тяжелое экономическое бремя, включая существенную потерю заработка, загоняя семьи в порочный круг болезни - нищеты - недостаточности питания - болезни (Таиланд);

ИЛИ

Отмечая, что лечение может ложиться на семьи тяжелым бременем –(США); (Намибия);

памятуя о том, что недостаточность питания и отсутствие продовольственной безопасности часто считаются основными причинами предрасположенности к лейшманиозу и тяжести этого заболевания;

признавая значительную поддержку, оказываемую государствами-членами и другими (Таиланд) партнерами и отдавая должное их постоянному сотрудничеству;

1. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРЕДЛАГАЕТ государствам-членам: в которых лейшманиоз является существенной проблемой в области общественного здравоохранения (Дания);

(1) активизировать усилия по созданию национальных программ борьбы, которые разрабатывали бы руководства и создавали системы эпиднадзора (Таиланд) и сбора и анализа данных;

(2) усилить профилактику, активное выявление и лечение (Таиланд) случаев как кожного, так и висцерального лейшманиоза в целях уменьшения бремени болезни;

(3) укрепить потенциал периферийных центров здравоохранения для проведения надлежащей доступной по цене (Таиланд) диагностики и лечения, а также для выполнения функции контрольно-выборочного эпиднадзора;

(4) проводить эпидемиологические оценки в целях картирования очагов и определения реального воздействия лейшманиоза посредством точных исследований распространенности и заболеваемости, социально-экономического воздействия и доступа к профилактике и лечению (Таиланд); (Намибия)

(5) создать децентрализованную структуру в районах с основными очагами болезни посредством укрепления сотрудничества между странами, у которых имеются общие очаги болезни, увеличения числа сотрудничающих центров ВОЗ в области лейшманиоза и расширения их роли, а также посредством учета инициатив, предпринимаемых различными участниками;

2. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРЕДЛАГАЕТ ДАЛЕЕ государствам-членам (Дания):

(1) выступать в поддержку высококачественных и доступных по цене лекарственных средств (США) и разработки и надлежащей национальной политики в области лекарственных средств;

(2) оказывать поддержку научным исследованиям в области борьбы с лейшманиозом, с тем чтобы:

(a) определить надлежащие и эффективные методы борьбы с возбудителем болезни;(Намибия)

(b) найти альтернативные безопасные, эффективные (США) и доступные по цене (Намибия и США) лекарственные средства с оральным, парентеральным или топическим применением и с более короткими сроками лечения и с меньшей токсичностью (Таиланд), а также новые комбинации лекарственных средств; и определить надлежащие дозы и продолжительность курсов лечения с помощью этих лекарственных средств (Бразилия);

- (с) определить механизмы содействия доступу к существующим мерам борьбы, включая проведение социально-экономических исследований и реформы сектора здравоохранения в некоторых развивающихся странах;
- (d) оценить и повысить чувствительность и специфичность серологических методов диагностики висцерального лейшманиоза у псовых и человека, включая оценку стандартизации и эффективности (Бразилия);
- (е) оценить эффективность альтернативных мер борьбы, таких как использование надкроватных сеток длительного пользования, пропитанных инсектицидом (Бразилия);

3. ПРИЗЫВАЕТ партнерские организации продолжать и расширять свою поддержку национальных программ по профилактике лейшманиоза и борьбе с ним и ускорить исследования и разработку вакцин против лейшманиоза (Таиланд);

4. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

- (1) повысить информированность в отношении глобального бремени лейшманиоза и содействовать равному доступу к службам здравоохранения по профилактике и ведению болезни;
- (2) составить руководство по профилактике и ведению лейшманиоза с акцентом на обновление доклада Комитета экспертов ВОЗ по лейшманиозу¹ с целью разработки региональных планов и содействия созданию региональных групп экспертов;
- (3) укреплять совместные усилия многосекторальных участвующих сторон, заинтересованных организаций и других учреждений для оказания поддержки в разработке и осуществлении программ по борьбе с лейшманиозом;
- (4) (США) разработать, при технической поддержке Консультативного комитета экспертов ВОЗ по лейшманиозу, политику в области борьбы с лейшманиозом;
- (5) способствовать исследованиям, относящимся к борьбе с лейшманиозом; и распространению выводов этих исследований (США);
- (6) проводить в сотрудничестве с международными партнерами мониторинг осуществления мер по борьбе с лейшманиозом.
- (7) представить доклад Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения о достигнутом прогрессе, встретившихся проблемах дальнейших мерах, предлагаемых в порядке осуществления программ борьбы с лейшманиозом (Таиланд).

Профессор PEIREIRA-MIGUEL (Португалия) предлагает добавить в конце пункта 1(4) следующую фразу: "и масштабы недостаточного питания и ВИЧ среди больных" либо другую формулировку в этом смысле. Коинфекция лейшманиоза и ВИЧ является серьезной проблемой в некоторых зонах.

Д-р SHANGULA (Намибия) согласен с предложенной поправкой. Ранее он предложил снять первоначальную формулировку, касающуюся ВИЧ, которая могла создать впечатление, что между лейшманиозом и ВИЧ имеется связь. Нет никаких научных данных о такой связи.

Г-жа VALDEZ (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) обращает внимание на новую формулировку шестого абзаца преамбулы, которую она предложила для расширения значения, поскольку там речь идет лишь о "бремени", которым может обернуться лечение для семей, в предпочтении четкому указанию таких вопросов, как расходы,

¹ *Борьба с лейшманиозом. Доклад Комитета экспертов ВОЗ.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1990 г. (Серия технических докладов ВОЗ, No. 793).

токсичность и резистентность, являющихся лишь частью бремени. В пункте 3 лучше поставить слово "expand" вместо слова "extend", и поскольку научные исследования не всегда можно ускорить, она предлагает перед словом "ускорить" добавить слова "по возможности".

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ предлагает Исполкому рассмотреть проект резолюции с поправками, предложенными членами Исполкома от Португалии и Соединенных Штатов Америки.

Резолюция с поправками принимается¹.

Основные технологии здравоохранения: пункт 5.5 повестки дня (документы EB118/15 и EB118/15 Corr.1)

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что этот пункт повестки дня будет рассматриваться вместе с пунктом 8.3 по системам медико-санитарной информации в поддержку достижения Целей тысячелетия в области развития. Возможно, он также связан с пунктом 5.3 о рациональном использовании лекарственных средств, который обсуждался в предшествующий день. Он предлагает Исполкому рассмотреть следующий проект резолюции, представленный Мексикой, а также административные и финансовые последствия для Секретариата:

Исполнительный комитет,
рассмотрев доклад об основных технологиях здравоохранения²;

РЕКОМЕНДУЕТ Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию:

Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,
рассмотрев доклад об основных технологиях здравоохранения;
определяя технологии здравоохранения как все те практические знания, которые используются для удовлетворения индивидуальных или коллективных здравоохранительных потребностей здоровых или больных людей, например в лекарственных средствах, медицинском оборудовании и устройствах, медицинских процедурах, а также используемые как организационные модели и системы поддержки;

определяя далее основные технологии здравоохранения как технологии, которые способствуют достижению международно согласованных, связанных со здоровьем целей развития, в том числе целей, содержащихся в Декларации тысячелетия; такие технологии, которые адаптированы благодаря динамическому процессу к потребностям и эпидемиологическим, демографическим, культурным, этическим, правовым и экономическим условиям государств-членов, исходя из того, что они безопасны, экономичны, основаны на научных данных и соответствуют международным стандартам;

отмечая, что основные технологии здравоохранения используются на всех уровнях систем здравоохранения для профилактики, диагностирования, лечения и реабилитации в целях повышения справедливости, доступности и качества жизни, особенно для уязвимых групп населения, способствуя таким образом укреплению солидарности и основных прав человека;

отмечая, что перед многими системами здравоохранения государств-членов стоит задача оценки, включения медицинского оборудования и устройств, обеспечения к ним доступа, их эксплуатации, обслуживания и замены по причине

¹ Резолюция EB118.R3.

² Документы EB118/15 и EB118/15 Corr.1.

неадекватности механизмов управления, оценки, рационализации, распределения и планирования подобных технологий здравоохранения с целью получения от них большей отдачи и их более качественного использования при обеспечении качества, эффективности и безопасности с соблюдением необходимых клинических процедур и с учетом имеющейся инфраструктуры;

отмечая далее, что основные технологии здравоохранения должны быть адекватны и релевантны для местных и региональных потребностей каждой системы здравоохранения и соответствовать им, а также быть увязаны с подготовкой кадров в целях обеспечения их наиболее оптимального использования в плане качества, эффективности и безопасности;

учитывая, что оценка технологии производится для обеспечения ориентиров в процессе принятия решений на основе анализа рисков/выгод и клинических, этических и социальных последствий их использования и что подобные оценки важны в условиях ограниченности людских, технических и финансовых ресурсов для достижения их оптимального использования;

1. ПРЕДЛАГАЕТ государствам-членам:

- (1) учредить или адаптировать национальные междисциплинарные агентства, связанные с министерствами здравоохранения, цель которых состоит в определении мер политики и руководящих принципов для рационального планирования, управления и безопасного использования технологий здравоохранения, включая медицинское оборудование и устройства, внедрение межоперабельных систем электронного здравоохранения и медицинских протоколов, отвечающих их потребностям, наряду с соответствующими организационными моделями;
- (2) оценивать и использовать основные технологии здравоохранения в целях повышения справедливости и улучшения доступа к медицинскому обслуживанию и повышения качества жизни с упором на удовлетворение потребностей уязвимых групп населения;
- (3) признавать важность технологий здравоохранения и границ их использования на различных уровнях медицинского обслуживания, а также определять и адаптировать технологии к конкретным видам профилактической, диагностической, лечебной и реабилитационной деятельности на каждом уровне и в каждом регионе;
- (4) формулировать местные стратегии, с тем чтобы технологии здравоохранения подвергались надлежащему регламентированию и надзору;
- (5) применять, вводить или разрабатывать методологию оценки технологий здравоохранения, проводя клинические, финансовые, этические и социальные оценки, облегчающие принятие решений, в целях придания приоритетного значения основным технологиям здравоохранения, которые отличаются безопасностью, позволяют использовать наилучшее имеющееся решение, улучшают доступ, повышают справедливость и качество жизни, а также укрепляют решение проблем, повышают эффективность и усиливают последующие мероприятия по оказанию медицинской помощи;
- (6) определить критерии и соглашения, облегчающие использование основных технологий здравоохранения и повышающие национальную информированность в странах относительно их преимуществ;
- (7) облегчать обмен информацией по основным технологиям здравоохранения в плане безопасности, эффективности, стандартов, мер политики и показателей в области общественного здравоохранения с упором на медицинские устройства и оборудование, электронное

здравоохранение/телемедицину и руководящие принципы в отношении клинической практики;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) содействовать учреждению и организации информационных сетей в области технологии здравоохранения на местном, региональном и глобальном уровнях в целях принятия решений на всех уровнях;

(2) учредить комитет экспертов с сотрудничающими центрами для предоставления консультаций по вопросам формулирования норм и стандартов в отношении основных технологий здравоохранения и, в частности, медицинских устройств, руководящих принципов клинической практики и систем электронного здравоохранения;

(3) вести совместную работу с другими учреждениями системы Организации Объединенных Наций и другими международными организациями в целях консолидации в государствах-членах проектов, имеющих отношение к основным технологиям здравоохранения;

(4) представить доклад об осуществлении этой резолюции Шестьдесят первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

1. Резолюция Основные технологии здравоохранения

2. Связь с программным бюджетом

Область работы

Основные технологии здравоохранения

Ожидаемые результаты

1. Широкое применение соответствующих стратегий и оказание поддержки для обеспечения наличия и безопасности крови, безопасности инъекций и профилактики передаваемых с кровью инфекций, включая ВИЧ и гепатиты В и С, во всех медицинских службах.

2. Укрепление потенциала, а также вопросы качества и безопасности и доступа к соответствующим диагностическим препаратам, медицинским приборам для лабораторных служб (включая основные лабораторные тесты и обследования на ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С), а также улучшение деятельности служб, занимающихся трансплантацией клеток, органов и тканей.

3. Обеспечение руководства и поддержки для оказания безопасной, эффективной, надлежащей, неотложной и хирургической помощи в медицинских учреждениях первого уровня.

4. Обеспечение поддержки в целях укрепления потенциала и разработки стандартных процедур и типовых перечней основного используемого медицинского оборудования.

5. Оказание содействия и эффективной поддержки в создании соответствующих компонентов электронной информации для использования в рамках систем медико-санитарной помощи.

(Кратко указать связь с ожидаемыми результатами, общими показателями, целевыми показателями и базовым состоянием)

Данная резолюция полностью соответствует ожидаемым результатам, указанным выше, и увязана со всеми показателями в Программном бюджете на 2006-2007 гг. применительно к данной области работы. Она также увязана с показателями, относящимися к технологии, в других областях работы; кроме того, эта резолюция предполагает необходимость разработки соответствующей программы в области технологии на более широкой основе, охватывающей потребности на уровне стран и посвященной удовлетворению этих потребностей.

3. Финансовые последствия

- (а) Общая расчетная стоимость осуществления резолюции в течение ее срока действия (согласно оценке, с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия):** осуществление резолюции не ограничено во времени. На двухгодичный период потребуется 5,2 млн. долл. США (4,1 млн. долл. США - на персонал и 1,1 млн. долл. США - на мероприятия, включая обеспечение технической поддержки государствам-членам).
- (б) Из расчетной стоимости на двухгодичный период 2006-2007 гг. (согласно оценке, с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия):** общая расчетная стоимость составляет 3,9 млн. долл. США.
- (с) Из расчетной стоимости, указанной в пункте (б), какую сумму можно отнести к существующим программным мероприятиям?** На долю предусмотренных штаб-квартирой средств на кадровые ресурсы и мероприятия можно отнести 1,7 млн. долл. США.

4. Административные последствия

- (а) Места осуществления (указать уровни Организации, на которых будет проводиться работа, и, в соответствующих случаях, конкретные регионы)**

Работа будет осуществляться на глобальном, региональном и страновом уровнях; внимание будет также обращать на регионы и страны, которые не располагают ресурсами для финансирования эффективных программ в области технологий здравоохранения.

- (б) Дополнительные кадровые потребности (указать дополнительные кадровые потребности в пересчете на полный рабочий день с указанием необходимой квалификации)**

В Организации потребуется шесть дополнительных должностей категории специалистов на полную ставку, а также шесть должностей категории общего обслуживания на полставки. Для поддержки работы по подготовке норм и стандартов в области технологий здравоохранения потребуется один сотрудник категории специалистов и один сотрудник категории общего обслуживания в штаб-квартире, а также пять региональных советников и пять сотрудников категории общего обслуживания - в региональных бюро для оказания поддержки в работе на региональном и страновом уровнях.

- (с) Сроки (указать примерные сроки для осуществления и оценки)**

Осуществление этой резолюции будет являться частью постоянных программных мероприятий и услуг, предусмотренных этой областью работы. В этой связи мониторинг будет зависеть от периодической оценки основной деятельности ВОЗ в области технологий здравоохранения.

Г-жа VELÁSQUEZ BERUMEN (заместитель г-на Bailón, Мексика), представляя проект резолюции, говорит, что ее страна весьма озабочена проблемой оценки и освоения технологии здравоохранения, особенно медицинского оборудования и устройств электронного здравоохранения и систем телемедицины, медицинских процедур и систем поддержки. Проект резолюции не касается фармацевтических препаратов.

Помощь пациентам должна быть безопасной, эффективной и качественной, с использованием соответствующих низкочастотных и минимально инвазивных технологий. Следует обеспечить доступность диагностики и лечения через сети телемедицины и е-здравоохранения. К сожалению, эти цели не были достигнуты, поскольку оборудование зачастую устаревшее и не получает должного обслуживания, а медицинский персонал и техники не обучены его правильному использованию, оборудование используется чрезмерно или недостаточно либо недоступно для потребителей. Имеется много инцидентов или угроз безопасности пациентов и работников здравоохранения и не имеется достаточно информации о новых медицинских процедурах. Иногда невозможно найти историю болезни пациента, потому что она была направлена в другое отделение.

В проекте резолюции государствам-членам предлагается определять политику и ориентиры для лиц, руководящих использованием технологии здравоохранения. В медико-санитарных учреждениях технологиями здравоохранения, включая планирование, приобретение, обслуживание и подготовку персонала по безопасному и эффективному использованию медицинского оборудования, должны заниматься инженеры-биомедики. В нем государствам-членам также предлагается оценивать технологии здравоохранения с учетом этических, социальных, экономических и затратных соображений для принятия решений и выработки политики.

Основными технологиями здравоохранения должны быть те, которые абсолютно необходимы для достижения Целей тысячелетия в области развития. Для осуществления протоколов медико-санитарной помощи и достижения медико-санитарных целей в конкретном регионе требуются другие технологии.

Г-н MIGUIL (Джибути), выступая от имени государств - членов Региона Восточного Средиземноморья, говорит, что несмотря на то, что на технологии здравоохранения ежедневно расходуются миллиарды долларов, многие государства-члены еще не признают их освоение в качестве неотъемлемой части политики общественного здравоохранения. В его Регионе не имеется национальной политики и регламентов; наблюдаются несправедливости в доступе, нехватка медицинских технологий, недостаток в мониторинге и не обеспечивается безопасность использования; а также очевидны ошибки в управлении и недостатки в обслуживании. В Регионе был приобретен определенный опыт в выборе, закупках, установке, использовании, обслуживании и ремонте медицинского оборудования, особенно в период международных санкций против Ирака.

Он напоминает резолюцию WHA55.18 "Качество медико-санитарной помощи: безопасность пациентов", которая призывает государства-члены разрабатывать национальные регламенты, создавать системы обеспечения качества и устанавливать процедуры закупок и оценки риска. Необходимо, чтобы все страны в Регионе располагали стратегиями борьбы с инфляцией затрат и неэффективностью использования медицинских технологий. Также необходимы средства для обновления и уточнения региональных наборов данных, создания национальных и региональных центров передового опыта, разработки национальных руководств и обмена информацией в регионах и между ними. В сентябре 2006 г. Региональный комитет будет обсуждать вопросы использования медицинского оборудования и приспособлений в современных системах здравоохранения.

Д-р VOLJČ (Словения) говорит, что он потрясен тем, что, как указано в докладе, почти 95% медицинской технологии, импортируемой в развивающиеся страны, не отвечает потребностям национальных систем здравоохранения.

Профессор PEREIRA MIGUEL (Португалия) говорит, что многие государства - члены Европейского региона считают, что рассмотрение основных технологий здравоохранения необходимо отложить до январской сессии Исполкома в 2007 году. Это позволит более подробно обсудить такие вопросы, как тот, что поднял член Исполкома от Словении.

Д-р PHUSIT PRAKONGSAI (заместитель д-ра Suwit Wibulpolprasert, Таиланд) говорит, что развивающиеся страны являются скорее потребителями, чем производителями медицинских технологий, и поэтому могут подвергаться эксплуатации. Технологии зачастую излишне сконцентрированы в городских районах. Некоторые методы, например компьютерная томография, магнитно-резонансная визуализация и рентген используются либо недостаточно, либо неправильно, особенно в учреждениях частного сектора, где правительствам трудно регулировать их применение. Такие технологии должны быть зарегистрированы для мониторинга безопасности. ВОЗ следует изучить вопрос о предоставлении в дар поддержанного или отремонтированного оборудования, а также ненужных лекарственных средств развитыми странами, особенно в связи с тем, что некоторые из них не располагают достаточным лабораторным потенциалом для проверки их безопасности и эффективности. Учреждения, использующие технологии здравоохранения, должны ежегодно представлять доклад с указанием числа поступивших больных и другой информации. Стороны, участвующие в управлении технологиями здравоохранения, включают национальные регламентарные органы, которые обеспечивают безопасность, эффективность и соответствие технологий медико-санитарным потребностям населения; они могут проконсультироваться с национальными лабораториями в отношении безопасности и эффективности технологии прежде, чем лицензировать ее. Регламентарный орган и лаборатории несут ответственность за последующий надзор, регистрацию неблагоприятных последствий и безопасность и, в необходимых случаях, должны принимать незамедлительные юридические меры. Министерство здравоохранения устанавливает стандарты, регулирующие сочетание служб, необходимых кадровых ресурсов и медицинских технологий на первичном, вторичном и третичном уровнях. В необходимых случаях оно выпускает "сертификат потребностей", указывающий, что предлагаемая технология действительно требуется в связи с установленным бременем болезни и существующим распределением медицинской технологии.

С избыточными поставками медицинских технологий следует бороться посредством увеличения регламентационного потенциала. В странах с достаточным институциональным потенциалом следует создать национальную систему оценки технологий здравоохранения, с тем чтобы сопоставлять эффективность затрат на существующую и новую технологию. Такие данные должны представляться общественности и частным лицам, оплачивающим медико-санитарные услуги.

Доклад не охватывает полностью указанный вопрос. В нем не содержится достаточно глубокого рассмотрения вопросов сертификации потребностей или укрепления институционального потенциала для оценки технологий. Рациональное использование технологий здравоохранения требует множественного подхода, включая законодательную базу и ее практическое применение. Оно требует достаточного институционального потенциала для обеспечения данных об эффективности затрат и бремени болезней; сертификации потребностей; надзора за эксплуатацией; и немедленных действий для изъятия небезопасной продукции с рынка.

В пункте 2(4) проекта резолюции Генеральному директору следует предложить представить доклад об осуществлении этой резолюции на Шестьдесят первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, а Шестьдесят второй. С такой поправкой он поддерживает проект резолюции.

Д-р REN Minghui (Китай) говорит, что сфера основных технологий здравоохранения вызывает вопросы о базовой медико-санитарной помощи и доступности. Эта концепция не ясна: в разных странах этот термин понимается по-разному. Он приветствует работу ВОЗ в области основных технологий здравоохранения, на основании которых будут подготовлены

руководства. Поскольку на нынешней сессии недостаточно времени для обсуждения этого вопроса, Исполкому следует возвратиться к нему на своей сессии в январе 2007 года.

Г-жа VALDEZ (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) согласна, что этот вопрос следует передать сессии Исполкома в январе, с тем чтобы дать возможность пересмотреть доклад и позволить членам Исполкома проконсультироваться с соответствующими учреждениями в своих странах. Проект резолюции представлен совсем недавно и требует дальнейшего изучения. Секретариату следует обосновать ряд содержащихся в докладе утверждений, включая указание в пункте 7 о том, что почти 95% медицинской технологии в развивающихся странах не соответствует потребностям национальных систем здравоохранения, и заявление в пункте 14 о том, что приобретение и использование основных технологий здравоохранения должны определяться потребностями больных и имеющимися наиболее достоверными фактическими данными.

Г-н IWABUCHI (заместитель д-ра Shinozaki, Япония) говорит, что безопасная, доступная по цене и эффективная технология здравоохранения для людей во всем мире абсолютно необходима для достижения связанных со здоровьем целей в области развития, например Целей тысячелетия в области развития. Он приветствует проект резолюции, однако считает, что необходимо больше времени на его изучение.

Д-р MBOYA (заместитель д-ра Gakuruh, Кения) указывает, что в развивающихся странах большинство технологий здравоохранения, особенно медицинское оборудование, либо импортировано, либо получено в дар и требует различных специалистов для их использования и обслуживания, что приводит к высоким затратам. Необходимо срочно подготовить перечень основных технологий здравоохранения, которые могут быть приспособлены странами к своим потребностям. В Кении имеется нормативный документ, в котором четко указаны медико-санитарные меры для различных уровней медико-санитарной помощи, начиная с общинного. Для каждого уровня указаны основные технологии. Международный обзор мог бы дать полезные ориентиры и способствовать согласованию. Следует включить рассмотрение технологий электронного здравоохранения и путей оказания государствам-членам поддержки в его внедрении.

Г-н RAMOTSOARI (Лесото) согласен с ранее высказанными предложениями предоставить больше времени для рассмотрения этого вопроса. Если Исполком пожелает однако принять решение на нынешней сессии, он предложит поправки к проекту резолюции.

Д-р GØTRIK (Дания) также считает, что необходимо дать больше времени на рассмотрение такого важного вопроса, и предлагает включить его в повестку дня сессии в январе 2007 года.

Д-р JAKSONS (Латвия) поддерживает предыдущего оратора. Чтобы облегчить дальнейшее обсуждение, необходимо дать четкое определение термину "технологии здравоохранения". Если он охватывает процессы, включая процедуры лечения в дополнение к оборудованию и персоналу, проект резолюции потребует гораздо более тщательного изучения.

Д-р SHANGULA (Намибия) также согласен, что необходимо больше времени. Секретариату следует пересмотреть доклад, уточнить определение технологии здравоохранения и пересмотреть пункты 6 и 7, с тем чтобы способствовать обсуждению этого вопроса и рассмотрению проекта резолюции на сессии Исполкома в январе 2007 года.

Г-н MIGUIL (Джибути) в принципе поддерживает проект резолюции, однако согласен, что было бы лучше отложить рассмотрение этого вопроса до сессии Исполкома в январе 2007 года.

Д-р ZUCKER (помощник Генерального директора) говорит, что ни одна программа по профилактике болезней и борьбе с ними не достигнет успеха без диагностических служб и безопасного медицинского оборудования. Так, чрезвычайная помощь Индонезии после недавнего землетрясения в значительной степени опиралась на технологии здравоохранения при лечении травм и обеспечении переливания крови, диагностики и лабораторных анализов, а также томографов и хирургического оснащения. Аналогичные технологии требуются для профилактики инфекционных и неинфекционных болезней и борьбы с ними. Секретарит стремится обеспечить соответствующую передачу технологий всем странам. Он также ведет работу по определениям технологий здравоохранения и составлению списка из 100 основных технологий здравоохранения, к которым должны иметь доступ все общины, тогда как более сложное оборудование, например сканеры для компьютерной томографии и оборудование для магнитной резонансной визуализации, возможно, будет ограничиваться третичным уровнем.

Профессор NAGEL (Международная федерация медицинской и биологической инженерии), выступая по приглашению ПРЕДСЕДАТЕЛЯ, говорит, что его неправительственная организация сотрудничает с ВОЗ в течение более 20 лет в области политики и планирования, качества, безопасности, норм и стандартов, рационального использования технологий и наращивания потенциала, в основном в отношении медицинских устройств. Вопросы безопасности медицинских устройств и оборудования рассматриваются в Руководстве ВОЗ по основным технологиям медико-санитарной помощи, где представлены указания по улучшению использования физических ресурсов в медико-санитарной помощи, включая программное обеспечение для планирования ресурсов и управления ими. Федерация располагает необходимыми знаниями, ресурсами, исследовательским потенциалом и практическими возможностями оказывать поддержку в отношении научных, инженерных и технологических аспектов основных технологий здравоохранения и содействовать их передаче развивающимся странам. Она также могла бы обеспечить подготовку по надлежащему и эффективному использованию технологий здравоохранения, включая более новые электронные приложения, и оказывать поддержку в разработке политики в области обслуживания; она желает и далее сотрудничать с ВОЗ в этих областях. Федерация сотрудничает с промышленностью, организацией Всемирное сотрудничество по стандартам и регламентарными органами в государствах-членах для содействия надлежащей производственной и регламентарной практике, включая надзор до и после реализации и меры для борьбы с неправильным использованием технологий здравоохранения. В докладе следовало бы дать более четкие указания по разработке и планированию будущих действий и по связям с такими инициативами ВОЗ, как Всемирный альянс по безопасности пациентов и Глобальный альянс работников здравоохранения. Федерация предлагает свою поддержку в формулировании всеобщей стратегии по безопасности и эффективности технологий здравоохранения и их рациональному использованию и предлагает, чтобы такая стратегия охватывала технологии здравоохранения в целом и не ограничивалась "основными". К сожалению, проект резолюции поступил слишком поздно, чтобы его можно было детально прокомментировать, однако Федерация одобряет его в принципе и желает сотрудничать в дальнейшей разработке этого предложения и сотрудничестве для достижения указанных целей. Исполком, возможно, пожелает рассмотреть вопрос о включении положений для регламентации профессии клинического инженера.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что, по-видимому, сложился консенсус в отношении того, что необходимо больше времени для рассмотрения такого сложного вопроса, и что было бы преждевременно принимать решение на данной сессии. Поэтому он предлагает просить Секретариат пересмотреть и расширить доклад, чтобы отразить в нем озабоченность членов Исполкома и учесть соответствующий дополнительный материал. Этот вопрос вместе с проектом резолюции следует включить в повестку дня сессии Исполкома в январе 2007 года.

Предложение принимается.

3. ВОПРОСЫ ДЛЯ ИНФОРМАЦИИ: пункт 8 повестки дня**Системы медико-санитарной информации в поддержку достижения Целей тысячелетия в области развития:** пункт 8.3 повестки дня (документ EB118/16)

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ представляет нижеследующий проект резолюции, предложенный делегациями Афганистана, Бутана, Кении, Мадагаскара, Мексики, Шри-Ланки и Таиланда, и доклад его административных и финансовых последствий:

Исполнительный комитет,
рассмотрев доклад о системах медико-санитарной информации в поддержку достижения Целей тысячелетия в области развития¹,

РЕКОМЕНДУЕТ Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию:

Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,
ссылаясь на резолюцию WHA58.30 о достижении согласованных на международном уровне целей в области развития, связанных со здоровьем, включая цели, содержащиеся в Декларации тысячелетия;

принимая к сведению резолюцию WHA58.28 об электронном здравоохранении и учитывая резолюцию WHA58.34 о Встрече на уровне министров по исследованиям в области здравоохранения;

признавая, что надежная информация играет исключительно важную роль в деле разработки политики и принятия решений в области здравоохранения на основе фактических данных и имеет основополагающее значение для мониторинга прогресса на пути к достижению согласованных на международном уровне целей в области развития, связанных со здоровьем, включая цели, содержащиеся в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций;

признавая, что системы медико-санитарной информации в большинстве развивающихся стран слабы, разобщены, не укомплектованы штатом и не имеют достаточных ресурсов;

будучи убежденным в важности медико-санитарной информации, в особенности по вопросам неравенства, для обоснования решений, касающихся оказания медико-санитарной помощи тем, кто больше всего в ней нуждается;

признавая, что медико-санитарная информация и исследования в этой области носят взаимодополняющий характер и являются основой укрепления медико-санитарных систем и политики в области здравоохранения;

учитывая ключевую роль национальных статистических управлений в разработке и осуществлении национальных стратегий в области статистики и в обеспечении населения медико-санитарной информацией;

принимая к сведению уставные задачи ВОЗ по нормативной работе в области медико-санитарной информации и эпидемиологической отчетности и подтверждая роль Организации в качестве одного из партнеров-учредителей и стороны, принимающей у себя секретариат Сети измерения показателей здоровья, которая определяет основные стандарты для систем медико-санитарной информации;

¹ Документ EB118/16.

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены мобилизовать необходимые научные, технические, социальные, политические, кадровые и финансовые ресурсы в целях:
 - (1) разработки, осуществления, укрепления и оценки планов укрепления своих систем медико-санитарной информации на основе сотрудничества между секторами здравоохранения и статистики и другими партнерами;
 - (2) объединения партнеров по технической работе и работе в области развития вокруг последовательной и согласованной стратегии, ориентированной на страны, и плана укрепления систем медико-санитарной информации, который был бы полностью включен в качестве основного компонента национальных программ и планов в области здравоохранения;
 - (3) укрепления способностей специалистов по планированию и управлению на национальном и местном уровнях по обобщению, анализу, распространению и использованию национальных фактических данных для обоснования процесса принятия решений и повышения информированности общественности;
 - (4) увязки работы по укреплению систем медико-санитарной информации с политикой и программами по укреплению статистического потенциала в целом;

2. ПРИЗЫВАЕТ организации, занимающиеся медико-санитарной информацией и статистикой, другие международные организации, включая глобальные инициативы и фонды в области здравоохранения, частный сектор, гражданское общество и других заинтересованных участников, оказывать решительную и устойчивую поддержку в работе по укреплению систем информации с использованием стандартов и руководящих принципов, изложенных в рамочной модели Сети по показателям здоровья, и с обеспечением охвата всего спектра медико-санитарной статистики, включая детерминанты здоровья; ресурсы здравоохранения, расходы и функционирование системы; доступ к услугам, их охват и качество; результаты медико-санитарных мероприятий и состояния здоровья; а также с уделением особого внимания информации о нищете и несправедливости в вопросах здоровья;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:
 - (1) укреплять культуру информации и фактических данных в Организации и обеспечивать использование точной и своевременной медико-санитарной статистики в целях подготовки фактических данных для разработки важнейших программных решений и рекомендаций в рамках ВОЗ;
 - (2) и впредь укреплять деятельность ВОЗ в области медико-санитарной статистики на глобальном, региональном и страновом уровнях и оказывать поддержку государствам-членам в укреплении их потенциала в деле разработки систем медико-санитарной информации и сбора, анализа, распространения и использования данных;
 - (3) содействовать расширению доступа к медико-санитарной статистике, поощрять распространение информации среди всех заинтересованных лиц в соответствующем и доступном формате и повышать прозрачность анализа, обобщения и оценки данных, включая обзоры со стороны специалистов;
 - (4) содействовать более полному согласованию, унификации и координации деятельности в области медико-санитарной информации с учетом Парижской декларации по эффективности помощи - причастности, гармонизации, согласованию, результатам и взаимной ответственности

(2005 г.) и принципов наиболее эффективной практики в деятельности Глобального партнерства в области здравоохранения на страновом уровне¹;

(5) проводить регулярные обзоры опыта, накопленного странами, в порядке обеспечения поддержки в работе по обновлению рамочной программы Сети измерения показателей здоровья с учетом извлеченных уроков и развития методологий и представлять доклады о прогрессе начиная с Шестьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

1. Резолюция	Системы медико-санитарной информации в поддержку достижения Целей тысячелетия в области развития				
2. Связь с программным бюджетом	<table border="0"> <tr> <td>Область работы</td> <td>Ожидаемый результат</td> </tr> <tr> <td>Медико-санитарная информация, фактические данные и политика в области научных исследований</td> <td>1. Укрепление и реформирование страновых систем медико-санитарной информации, которые обеспечивают и используют качественную и своевременную информацию в связи с местными проблемами и программами в области здравоохранения и в процессе мониторинга основных международных целей</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Кратко указать связь с ожидаемыми результатами, общими показателями, целевыми показателями и базовым состоянием)</p> <p>Резолюция полностью согласуется с ожидаемым результатом благодаря ее нацеленности на укрепление страновых систем медико-санитарной информации в соответствии с международными стандартами, сформулированными в рамках Сети измерения показателей здоровья, а также с приоритетным вниманием, уделяемым ВОЗ принятию решений на основе фактических данных. Резолюция соответствует показателям и целевым ориентирам в отношении как базы данных ВОЗ с основными показателями здравоохранения наряду с метаданными, ориентированными на связанные со здоровьем Целями тысячелетия в области развития, так и разработки и реализации странами таких норм и стандартов, как <i>Международная статистическая классификация болезней и связанных проблем здоровья</i> и <i>Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья</i>, а также обзоры состояния здоровья и показатели систем здравоохранения.</p>	Область работы	Ожидаемый результат	Медико-санитарная информация, фактические данные и политика в области научных исследований	1. Укрепление и реформирование страновых систем медико-санитарной информации, которые обеспечивают и используют качественную и своевременную информацию в связи с местными проблемами и программами в области здравоохранения и в процессе мониторинга основных международных целей
Область работы	Ожидаемый результат				
Медико-санитарная информация, фактические данные и политика в области научных исследований	1. Укрепление и реформирование страновых систем медико-санитарной информации, которые обеспечивают и используют качественную и своевременную информацию в связи с местными проблемами и программами в области здравоохранения и в процессе мониторинга основных международных целей				
3. Финансовые последствия	<p>(а) Общая расчетная стоимость осуществления резолюции в течение ее срока действия (согласно оценке, с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия) 40 млн. долл. США (не включает бюджета Сети измерения показателей здоровья)</p> <p>(б) Из расчетной стоимости на двухгодичный период 2006-2007 гг. (согласно оценке, с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия) 11 млн. долл. США (не включает бюджета Сети измерения показателей здоровья)</p> <p>(с) Из расчетной стоимости, указанной в пункте (б), какую долю можно отнести к существующим программным мероприятиям? Около 7 млн. долл. США из предлагаемых расходов на текущий двухгодичный период могут быть покрыты в рамках осуществляемой программной деятельности. Необходимо дополнительное финансирование в размере 4 млн. долл. США, чтобы ВОЗ могла играть ведущую роль на глобальном, региональном и страновом уровнях и продолжать оставаться ключевым участником Сети измерения показателей здоровья.</p>				

¹ Принципы наиболее эффективной практики в деятельности Глобального партнерства в области здравоохранения на страновом уровне. Доклад Рабочей группы по глобальным партнерствам в области здравоохранения. Париж, Форум высокого уровня по ЦТР, связанным со здоровьем, 14-15 ноября 2005 года.

4. Административные последствия

(a) Места осуществления (указать уровни Организации, на которых будет проводиться работа, и, в соответствующих случаях, конкретные регионы)

Штаб-квартира в сотрудничестве с региональными бюро продолжит разработку и тестирование инструментов и методов и формулировать нормативные руководящие указания. На глобальном уровне ВОЗ продолжит исполнять функции хранителя качественных статистических и фактических данных в области здравоохранения. Адаптирование нормативных руководящих указаний и реализация планов по укреплению систем медико-санитарной информации будут происходить на страновом уровне при активной поддержке со стороны региональных бюро.

(b) Дополнительные кадровые потребности (указать дополнительные кадровые потребности в пересчете на полный рабочий день с указанием необходимой квалификации)

Для того чтобы региональные бюро могли оказывать активную поддержку в реализации на страновом уровне, потребуются в общей сложности семь сотрудников категории специалистов в пересчете на полный рабочий день (по одному в каждом регионе и два в Региональном бюро для стран Африки). Эти сотрудники должны обладать знаниями в области статистики, эпидемиологии, планирования и мониторинга и оценки.

В штаб-квартире потребуется ограниченный дополнительный персонал (два сотрудника категории специалистов в пересчете на полный рабочий день) для обеспечения качественной технической работы в области статистики здравоохранения на глобальном уровне и соблюдения согласованных стандартов. Эти сотрудники должны обладать знаниями в области статистики, эпидемиологии, биостатистики, демографии и экономики здравоохранения.

(c) Сроки (указать примерные сроки для осуществления и оценки)

Осуществление работы и оказание поддержки регионам и странам в области нормативной деятельности начнутся незамедлительно, в координации с деятельностью в рамках Сети измерения показателей здоровья. Оказание поддержки в реализации на страновом уровне начнется в текущем двухгодичном периоде и в последующем ускорится с ростом потенциала и в зависимости от потребностей на страновом уровне. Оценка хода работы будет проводиться с регулярными интервалами в рамках двухгодичных обзоров исполнения программного бюджета.

Д-р КАКАР (Афганистан), выступая в качестве соавтора этого проекта резолюции, говорит, что любая надежная система здравоохранения ассоциируется с надежной информационной системой. Для более точных измерений требуется надежная информация. Он призывает Исполком поддержать проект резолюции.

Г-жа WARANYA TEOKUL (советник д-ра Suwit Wibulpolprasert, Таиланд), также выступая в качестве соавтора, подчеркивает важность принятия решений на основе фактических данных и то, что их можно использовать для привлечения на свою сторону членов парламента, гражданского общества, международного сообщества, не говоря уже о том, что они помогают устанавливать программные приоритеты и задачи, обоснованно распределять ресурсы и служат средством мониторинга и оценки. В докладе подчеркивает, что можно сочетать информацию, собираемую в секторе здравоохранения и силами национальных статистических управлений. Система медико-санитарной информации требует укрепления в большинстве развивающихся стран, с тем чтобы обеспечить исходные данные о состоянии здоровья и доступе к медико-санитарным службам, а также их распределении между группами населения.

Д-р ABEYKOON (заместитель г-на de Silva, Шри-Ланка) говорит, что системы медико-санитарной информации неоднократно обсуждались на протяжении ряда лет, и, тем не менее, требуется провести дополнительную работу. При поддержке ВОЗ и других партнеров Шри-Ланка предприняла ряд инициатив, чтобы быстрее получить надежные дезагрегированные данные; укрепить системы информации по вопросам общественного здравоохранения; укрепить оба компонента систем информации в больницах, то есть истории болезни пациентов и информационные системы управления; а также расширить использование информационной технологии для электронных консультаций с периферийными зонами и дальнейшего усовершенствования кадров. Эти мероприятия требуют значительных усилий. В докладе можно было бы предложить дополнительные рекомендации по обработке и распространению медико-санитарной информации, а в проект резолюции следовало бы внести поправки, с тем чтобы обратить внимание на эти аспекты, включая более широкое использование информационной технологии.

Д-р KHALFAN (Бахрейн) поддерживает проект резолюции.

Г-жа PATTERSON (заместитель г-жи Halton, Австралия) говорит, что Австралия считает укрепление систем здравоохранения, включая системы медико-санитарной информации, важнейшим фактором для достижения Целей тысячелетия в области развития и центральным элементом увеличения поддержки в области здравоохранения Азиатско-Тихоокеанскому региону на предшествующие четыре года. Она предлагает в пятом абзаце преамбулы проекта резолюции заменить слова "в особенности по вопросам неравенства" словами "с разбивкой по полу, возрасту и ключевым социально-экономическим факторам", а также добавить новый пункт 1(4) следующего содержания: "повышать возможности работников здравоохранения собирать точную и актуальную медико-санитарную информацию".

Профессор PEREIRA MIGUEL (Португалия) говорит, что государства - члены Европейского региона, признавая значение этой темы, хотели бы получить больше времени для рассмотрения проекта резолюции.

Д-р SINGAY (Бутан) поддерживает взгляды предшествующих ораторов о значении систем медико-санитарной информации и поддерживает проект резолюции.

Д-р WINT (Ямайка) говорит, что системы медико-санитарной информации имеют огромное значение для развития систем здравоохранения и, особенно, для принятия решений на основе фактических данных. Они органически вписываются во всю работу сектора здравоохранения, а не только способствуют усилиям по достижению Целей тысячелетия в области развития. Он поддерживает проект резолюции с поправкой, предложенной членом Исполкома от Австралии, и предлагает в пункте 3(2) заменить слова "и впредь укреплять" словом "расширять".

Д-р MBOYA (заместитель д-ра Gakuru, Кения) говорит, что Кения выступает соавтором проекта резолюции, поскольку системы медико-санитарной информации не получают достаточных инвестиций, в результате чего ставятся под угрозу возможности стран предупреждать болезни. Для разработки политики и руководства осуществлением программ требуется высококачественная информация.

Г-жа VALDEZ (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) говорит, что ее страна решительно поддерживает использование технологии медико-санитарной информации в целях повышения качества и эффективности медико-санитарной помощи, а также обеспечения важнейших статистических и эпидемиологических данных. В докладе подчеркиваются многие проблемы, с которыми сталкиваются страны в сборе и анализе данных для использования при разработке национальной политики и принятии решений. Соединенные

Штаты поддерживают роль ВОЗ и ее региональных бюро по изысканию путей использования технологии и систем медико-санитарной информации для улучшения оказания первичной медико-санитарной помощи, особенно в условиях недостаточных ресурсов. Она приветствует проект резолюции с поправками членов Исполкома от Австралии и Ямайки. Поскольку стандарты и руководящие принципы содержатся не только в Сети по показателям здоровья, упомянутые в пункте 2, она предлагает включить перед словом "изложенных" слова "в том числе те, что", а слово "изложенных" заменить словом "изложены".

Г-н MIGUIL (Джибути) поддерживает проект резолюции. Надежная, своевременная и актуальная информация имеет большое значение для обоснованного принятия решений, особенно в связи с тем, что ВОЗ недавно приняла ориентированный на результаты подход к планированию своей деятельности. Однако название резолюции слишком ограничительно: тема систем медико-санитарной информации гораздо шире по масштабу, чем три Цели тысячелетия в области развития, связанные со здоровьем. Следует подготовить список показателей, чтобы более эффективно продолжать мероприятия ВОЗ на всех уровнях. Что касается Целей тысячелетия в области развития, то ВОЗ следует представлять ежегодный доклад Организации Объединенных Наций о работе по достижению трех из них, которые связаны со здоровьем.

Д-р КАКАР (Афганистан) принимает предлагаемые поправки. В отношении пункта 1(3) он говорит, что специалисты по планированию и управлению иногда работают на провинциальном уровне, а также на национальном и местном уровнях; он предлагает сформулировать этот пункт следующим образом: "укрепления способностей специалистов по планированию и управлению на различных уровнях систем здравоохранения использовать медико-санитарную информацию для принятия решений на основании фактических данных и для лучшего информирования общественности".

Профессор PEREIRA MIGUEL (Португалия) говорит, что предлагаемые поправки делают проект резолюции приемлемым.

Д-р REN Minghui (Китай) поддерживает проект резолюции и подчеркивает значение создания систем медико-санитарной информации, в особенности в целях получения фактических данных для обоснования решений. Он желал бы получить разъяснения о роли Сети по показателям здоровья.

Д-р GØTRIK (Дания), при поддержке г-на PIRONEA (заместителя профессора Paunescu, Румыния), поддерживает проект резолюции с предложенными поправками. Однако в будущем не следует продолжать практику представления проектов резолюций Исполкому в такие сроки, которые не позволяют с ними тщательно ознакомиться, как это было в данном случае.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ, выступая в качестве члена Исполкома от Боливии, согласен с членом Исполкома от Джибути. Однако три основные Цели тысячелетия в области развития, связанные со здоровьем, также являются целями в области образования, поскольку без надлежащего питания от образования мало пользы. Он приветствует поправки, предложенные членами Исполкома от Австралии и Ямайки. Имеется непосредственная связь между вопросами международного здравоохранения и законодательством, в частности, в отношении эндемических болезней. Надежные национальные системы, обеспечивающие точную информацию по вопросам здравоохранения, являются предпосылкой для разработки международной политики. Поэтому он поддерживает проект резолюции с предложенными поправками.

Выступая в качестве Председателя, он согласен с членом Исполкома от Дании в том, что документы и проекты резолюций не должны представляться Исполкому слишком поздно. Это не оставляет достаточного времени ни самим членам Исполкома, ни тем более национальным

экспертам для выработки мнения по ним. В равной мере Исполком не должен представлять Ассамблее здравоохранения резолюции, на изучение которых у него не было достаточно времени. При принятии решений важно качество, а не количество и, возможно, было бы предпочтительно принять меньше резолюций, но более репрезентативного и реалистичного характера.

Д-р KEAN (Директор-распорядитель Канцелярии Генерального директора) зачитывает предложенные поправки. В пятом абзаце преамбулы следует заменить слова "в особенности по вопросам неравенства" словами "с разбивкой по полу, возрасту и ключевым социально-экономическим факторам". Пункт 1(3) сформулировать следующим образом: "укрепления способностей специалистов по планированию и управлению на различных уровнях систем здравоохранения использовать медико-санитарную информацию для принятия решений на основе фактических данных и для лучшего информирования общественности". Дополнительный пункт 1(4) будет сформулирован следующим образом: "укрепление способности работников здравоохранения собирать точные и актуальные медико-санитарные данные". Нынешний пункт 1(4) станет пунктом 1(5). В пункте 2 перед словом "изложенных" вставить слова "включая те, что", слово "изложенных" заменить словом "изложены". В пункте 3(2) слова "и впредь укреплять" заменить словом "расширять". Название резолюции будет сформулировано следующим образом: "Укрепление систем медико-санитарной информации".

Д-р WINT (Ямайка) упоминает о значении анализа информации. Он предпочел бы сохранить в пункте 1(3) ссылку на анализ фактических данных.

Д-р KAKAR (Афганистан) говорит, что, насколько ему известно, трудно найти специалистов на местном уровне, способных анализировать статистические данные.

Д-р KEAN (Директор-распорядитель Канцелярии Генерального директора) предлагает сформулировать пункт 1(3) следующим образом: "укрепления способностей специалистов по планированию и управлению на различных уровнях системы здравоохранения обобщать, анализировать, распространять и использовать медико-санитарную информацию для принятия решений на основе фактических данных и лучшего информирования общественности".

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что, по его мнению, Исполком желает принять проект резолюции с поправками.

Резолюция с поправками принимается¹.

Д-р EVANS (помощник Генерального директора) цитирует покойного Генерального директора, который в отношении фундаментального значения и этики укрепления систем медико-санитарной информации сказал, что для того чтобы считаться с людьми, сначала нужно быть в состоянии их сосчитать. Нынешний акцент на результаты дает возможность укрепить системы медико-санитарной информации. Все, что будет предпринято для прослеживания конкретных мероприятий, может содействовать укреплению систем медико-санитарной информации.

Секретариат использует информационную технологию для распространения медико-санитарной информации, особенно управления знаниями и электронного здравоохранения, в целях содействия доступу к информации. Эти мероприятия полностью соответствуют концепции управления, ориентированного на результаты. Проводится активный мониторинг осуществления Общей программы работы и Среднесрочного стратегического плана.

¹ Резолюция EB118.R4.

Что касается представления докладов о ходе работы по достижению связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития, Секретариат уже внес существенный вклад в доклады Организации Объединенных Наций по этому вопросу. Другие органы, включая ЮНИСЕФ и ЮНФПА, сотрудничали с ВОЗ по конкретным типам данных, касающихся индикаторов по связанным со здоровьем Целям тысячелетия в области развития. Секретариат, однако, будет искать более конкретную возможность для представления доклада.

Сеть по показателям здоровья преследует цель укрепления страновых систем медико-санитарной информации. Сеть уже разработала ряд средств и уже действует в 50-60 странах в целях обеспечения больших инвестиций в системы медико-санитарной информации.

4. ВОПРОСЫ УПРАВЛЕНИЯ, БЮДЖЕТНЫЕ И ФИНАНСОВЫЕ ВОПРОСЫ: пункт 6 повестки дня

Стратегическое распределение ресурсов: пункт 6.1 повестки дня (документ EB118/7)

Д-р JAKSONS (Латвия) отмечает большое значение оценок потребностей стран, определения желаемых результатов, подготовки программ, сверке со значениями, как об этом говорится в пункте 19 доклада. Исполком мог бы обсудить результаты такой перекрестной сверки в рамках предложенного программного бюджета. Механизм валидации, который никак не связан с распределением ресурсов, представляется ценным. Если имеются значительные расхождения между результатами распределения ресурсов и валидацией, можно решить, что в будущем следует внести поправки в два набора показателей. Проверка процесса заключается в его практическом применении.

Г-н IWABUCHI (заместитель д-ра Shinozaki, Япония) интересуется, каким образом будут действовать руководящие принципы. Принцип 3, по-видимому, означает, что в соответствии с руководящими принципами и, таким образом, с механизмом валидации будут распределяться и обязательные взносы, и внебюджетные средства. Однако в соответствии с Одиннадцатой общей программой работы, предполагается, что Секретариат будет консультироваться с индивидуальными донорами, с тем чтобы внебюджетные средства согласовывались с приоритетами ВОЗ. Также неясно, каким образом будет проведен переход от подхода, основанного на ресурсах, к подходу, ориентированному на результаты. Планирование в любой организации, включая ВОЗ, должно учитывать ограничение ресурсов.

Г-н SHUAAIB (заместитель д-ра Al-Shammari, Ирак), выступая от имени государств - членов Региона Восточного Средиземноморья, положительно оценивает усилия покойного Генерального директора по децентрализации Организации и внедрению ориентированного на результаты бюджетирования. Чтобы повысить эффективность, Секретариату необходимо работать на всех уровнях. На региональные и страновые бюро ВОЗ будут возлагаться большие ожидания, и следует справедливо распределять ресурсы, передаваемые из штаб-квартиры в регионы.

В решении WHA57(10), равно как и в механизме валидации, особое внимание уделяется поддержке наиболее нуждающимся странам. Он согласен, что чрезвычайные ситуации и Глобальную инициативу по ликвидации полиомиелита следует исключить из механизма валидации. Те медико-санитарные потребности, которые должным образом не учитываются показателями, используемыми в механизме валидации, следует рассматривать как отдельные статьи. Он поддерживает механизм валидации при следующих условиях: распределение ресурсов между штаб-квартирой и регионами осуществляется пропорционально и полностью учитывает изменения, вытекающие из децентрализации; наиболее нуждающиеся регионы получают справедливую долю ресурсов и не лишаются новых ресурсов, поступающих из регулярного бюджета и добровольных взносов; ресурсы, выделенные на чрезвычайные

ситуации и ликвидацию полиомиелита и не охваченные моделями оценки потребностей, рассматриваются как отдельный компонент распределения ресурсов; для оценки медико-санитарных потребностей стран используется Индекс развития человека; страны с большим населением не подвергаются несправедливому отношению.

Д-р KHALFAN (Бахрейн) не согласен с утверждением в пункте 19 Приложения к докладу, что образование является лишь одной из многих социальных детерминант здоровья. Иногда образование более важно, чем социально-экономический статус.

Д-р SUWIT WIBULPOLPRASERT (Таиланд) напоминает об интенсивных переговорах в отношении формулы регионального распределения ресурсов на Пятдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1998 году. Тогда эти дискуссии чуть не привели к раздору в Организации. Новый механизм валидации и новое распределение ресурсов не показывают никакого перераспределения ресурсов между регионами ВОЗ. Ни в одном регионе не будет сокращен бюджет, потому что около 5% бюджета штаб-квартиры будет распределено по регионам, однако он не уверен в преимуществах. На страновом уровне финансирование из регулярного бюджета ВОЗ незначительно по сравнению с финансированием из других источников. Более того, основная функция Организации - это выработка знаний, управление знаниями, обмен ими и информационная работа, а для этого необходимо, чтобы Секретариат располагал мощным техническим и академическим потенциалом. Тем не менее, штаб-квартира постоянно ослабляется из-за сокращения ее бюджета, а это противоречит тем ожиданиям, которые страны возлагают на Организацию.

ВОЗ все в большей мере финансируется из внебюджетных источников. В 1998 г. две трети ресурсов Организации поступали из обязательных взносов, по сравнению с 25% в 2006 году. Почти все 75% других взносов специально предназначены на конкретные программные области, а не для Организации в целом. Поскольку Секретариату приходится вести переговоры с отдельными донорами, он стремится обеспечить функционирование Организации. Создается нездоровая обстановка для ВОЗ, поскольку взносы государств-членов все в большей мере используются в соответствии с пожеланиями доноров, тогда как 25% ресурсов из обязательных взносов используются в основном для поддержания Секретариата, и остается очень мало денег на программные мероприятия. Чтобы провести какую-нибудь практическую работу, Организация вынуждена обращаться к донорам за помощью. Такая ситуация может в будущем использоваться донорами в своих интересах. Секретариату необходимо изыскать стратегические ориентации для решения этой проблемы в долгосрочном плане, соответственно информировать Исполком и обеспечить, чтобы поступления в Секретариат использовались для удовлетворения потребностей государств-членов. Только таким образом ВОЗ сохранит социальное доверие к себе.

Д-р SHANGULA (Намибия) напоминает, что содержание доклада обсуждалось уже несколько раз и что по ряду вопросов достигнуто согласие. Были учтены результаты консультаций с регионами. Исполкому не следует вновь открывать эти дискуссии, а сконцентрироваться на тех вопросах, которые были оставлены для дальнейшего разъяснения. Главным из них является механизм валидации, и Исполкому необходимо решить, следует ли проводить дальнейшую работу по докладу. Как только этот сложный процесс начнется, можно будет проводить его мониторинг и вносить коррективы.

Г-н RAMOTSOARI (Лесото) предлагает Исполкому принять к сведению доклад, который касается высказанных ранее озабоченностей. Управление, ориентированное на результаты, важно, и следует проводить мониторинг его осуществления, а в необходимых случаях вносить коррективы.

Д-р TANGI (Тонга) согласен с двумя предыдущими ораторами.

Д-р GØTRIK (Дания) говорит, что подготовка доклада была долгой и сложной, особенно в отношении механизма валидации. Комитет по программным, бюджетным и административным вопросам подробно обсудил руководящие принципы и пришел к заключению на основании консенсуса. Он желает принять доклад в его нынешнем виде.

Д-р REN Minghui (Китай) говорит, что процесс подготовки доклада был прозрачным, и были учтены взгляды всех сторон. Он поддерживает доклад; в будущем необходимо проследить за практической деятельностью.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ, выступая в качестве члена Исполкома от Боливии, говорит, что доклад отличается высоким качеством и представляет завершение задачи, порученной Секретариату. Следует помнить, что ресурсы - это больше, чем деньги. В дополнение к бюджетным и внебюджетным средствам Организация располагает капиталом в виде научных, санитарных и медицинских знаний. У нее также есть сотрудничающие центры, и она поддерживает отношения с академическими и научными институтами и неправительственными организациями. Для удовлетворения потребностей развивающихся стран и достижения Целей тысячелетия в области развития Организации следует учитывать все свои ресурсы.

ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА комментирует замечание члена Исполкома от Латвии в том плане, что механизм валидации - это не то же самое, что распределение ресурсов. Достигнут большой прогресс в понимании практических последствий управления, ориентированного на результаты, и ценности механизма валидации в качестве части этой системы. При подготовке предлагаемого программного бюджета на 2008-2009 гг. будут учитываться технические и другие потребности как государств-членов, так и Секретариата.

Что касается озабоченности, выраженной членом Исполкома от Японии, то имеются определенные успехи в управлении регулярным бюджетом и внебюджетными взносами в рамках единой структуры, хотя остается еще многое сделать. Необходимо учитывать все финансовые ресурсы Организации, поскольку даже при ориентированном на результаты подходе к составлению бюджета необходимо знать, какие имеются ресурсы, чтобы составить реалистичный бюджет. Этот процесс должен определяться желаемыми результатами, а не исходить из распределения ресурсов.

Отвечая члену Исполкома от Ирака в отношении управления, ориентированного на результаты децентрализации и эффективной передачи ресурсов в рамках Организации, он говорит, что большая часть работы ВОЗ проводится на страновом уровне, однако это не подразумевает ликвидацию структуры штаб-квартиры. Стратегические направления, согласованные в отношении работы Организации, требуют сочетания мощной штаб-квартиры, выполнения глобальных функций и надлежащего осуществления программ на страновом уровне. Ресурсы будут перечисляться в страны, туда, где они необходимы.

Замечание в отношении образования в руководящих принципах неуместно и что оно будет исключено.

Общее финансирование Организации, о котором говорил член Исполкома из Таиланда, обсуждалось на Комитете по программным, бюджетным и административным вопросам как в общем плане, так и в отношении конкретных реформ управления. На повестке дня следующего заседания Комитета остается вопрос об эффективности финансирования ВОЗ, включая согласование ресурсов и результатов и административную нагрузку на Организацию в связи с управлением добровольными взносами.

Сочетание медицинских и управленческих наук, возможно, привело к довольно упрощенному обзору достигнутых успехов, однако в отношении приведения ресурсов в соответствие с результатами стандартное отклонение было сокращено наполовину. Однако мониторинг прогресса потребует больше времени, отдельного доклада и консультаций различного рода. Финансирование Организации можно обсудить на региональных комитетах при рассмотрении предлагаемого программного бюджета, а затем учесть результаты такого

обсуждения на заседаниях Комитета по программным, бюджетным и административным вопросам и самого Исполнительного комитета в январе 2007 года.

Важно проводить мониторинг подхода, ориентированного на результаты.

Отвечая на замечания Председателя, он говорит, что приоритеты Организации выражаются не только в денежном измерении. Некоторые области работы имеют значительное техническое и политическое значение и, тем не менее, не располагают большими бюджетами.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что в отсутствие возражений ему представляется, что Исполком желает одобрить содержание доклада.

Предложение принимается.

Комитеты Исполкома: **заполнение вакансий:** пункт 6.2 повестки дня
(документы EB118/9 и EB118/9 Add.1)

• **Постоянный комитет по неправительственным организациям**

Д-р KEAN (Исполнительный директор Канцелярии Генерального директора) обращает внимание на пункт 2 документа EB118/9 Add.1, содержащий предложение Председателя о заполнении четырех вакансий в Постоянном комитете по неправительственным организациям.

Решение: Исполнительный комитет назначает д-ра P.M. Buss (Бразилия), д-ра Ren Minghui (Китай), д-ра R.R. Jean Louis (Мадагаскар) и д-ра Suwit Wibulpolprasert (Таиланд) членами Постоянного комитета по неправительственным организациям¹ на период их сроков службы в Исполнительном комитете, помимо г-на O.K. Shiraliyev (Азербайджан), который уже является членом Комитета. Это было сделано при понимании того, что если какой-либо член Комитета не сможет принять участие в работе, его или ее преемник или заместитель члена Исполкома, назначенный соответствующим правительством, примет участие в работе Комитета в соответствии со Статьей 2 Правил процедуры.

• **Комитет по программным, бюджетным и административным вопросам**

Д-р KEAN (Исполнительный директор Канцелярии Генерального директора) говорит, что предложение Председателя в отношении заполнения шести вакансий в Комитете по программным, бюджетным и административным вопросам содержится в пункте 3 документа EB118/9 Add.1.

Решение: Исполнительный комитет назначил членами Комитета по программным, бюджетным и административным вопросам д-ра F. Kakar (Афганистан), г-жу J. Halton (Австралия), д-ра J.K. Gøtrik (Дания), д-ра W.T. Gwenigale (Либерия), г-на N.S. de Silva (Шри-Ланка) и д-ра J. Agwunobi (Соединенные Штаты Америки) на период в два года или до периода истечения службы в Исполкоме в зависимости от того, какой период завершится раньше, помимо д-ра Jigmi Singay (Бутан), д-ра A.H.I. Al-Shammari (Ирак), д-ра B. Wint (Ямайка), профессора J. Pereira Miguel (Португалия), д-ра J.D. Ntawukuliryayo (Руанда) и д-ра V. Tongi (Тонга), уже являющихся членами Комитета, а также д-ра F. Antezana Aranibar (Боливия), Председателя Исполкома, членом *ex officio*, и д-ра J. Nyikal (Кения), заместителя Председателя Исполкома, членом *ex officio*. Это было сделано при понимании того, что если какой-либо член Комитета не сможет принять участия в работе, его или ее преемник или

¹ Решение EB118(1).

заместитель члена Исполкома, назначенный соответствующим правительством, примет участие в работе этого Комитета в соответствии со Статьей 2 Правил процедуры.¹

Д-р KEAN (Исполнительный директор Канцелярии Генерального директора) говорит, что срок полномочий Австралии в Исполнительном комитете истекает через год, поэтому Региону Западной части Тихого океана потребуется назначить двух членов Исполнительного комитета в 2007 году. Он предлагает, чтобы д-р J.N. Nyikal (Кения) в качестве заместителя Председателя Исполкома, так же как и Председатель Исполкома, стал членом этого Комитета *ex officio*.

Предложение принимается.

- **Комитеты фондов**

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ объявляет, что ни в одном из этих Комитетов не имеется вакансий.

Представители Исполнительного комитета на Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения

Д-р KEAN (Исполнительный директор Канцелярии Генерального директора) обращает внимание на предложение в документе EB118/9 Add.1 по назначению представителей Исполнительного комитета на Шестидесятую сессию Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Решение: Исполнительный комитет, в соответствии с пунктом 1 резолюции EB59.R7, назначил своего Председателя, д-ра F. Antezana Aranibar (Боливия) и первых трех заместителей Председателя, г-на O.K. Shiraliyev (Азербайджан), д-ра B. Sadasivan (Сингапур) и д-ра Siwit Wibulpolprasert (Таиланд), представителями Исполкома на Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Это было сделано при понимании того, что если кто-либо из этих членов не сможет присутствовать на Ассамблее здравоохранения, представлять Исполком может быть предложено другому заместителю Председателя – д-ру J. Nyikal (Кения) и докладчику д-ру A.H. Saheli (Ливийская Арабская Джамахирия)².

Будущие сессии Исполнительного комитета и Ассамблеи здравоохранения: пункт 6.3 повестки дня (документ EB118/10)

Д-р KEAN (Исполнительный директор Канцелярии Генерального директора) указывает, что на основании решения Исполкома созвать свою следующую Сто девятнадцатую сессию в ноябре 2006 г., первое из решений, содержащихся в пункте 5 доклада, потребуется скорректировать, учитывая, что Сто двадцатая сессия состоится в январе 2007 года. Решение, касающееся Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, не меняется.

Д-р SHANGULA (Намибия) спрашивает, почему Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи продлится 10 дней, тогда как Пятьдесят девятой сессии хватило всего шести дней для завершения работы. Следует принять усилия для более эффективного использования времени Ассамблеи здравоохранения, особенно в Комитете А.

Д-р REN Minghui (Китай) спрашивает, почему запланированная сессия Исполкома получила нумерацию очередной сессии.

¹ Решение EB118(2).

² Решение EB118(3).

Г-н BURCI (юрисконсульт) объясняет, что это будет очередная сессия, созываемая в соответствии со Статьей 5 Правил процедуры.

Д-р REN Minghui (Китай) говорит, что в решении Исполкома по ускорению процедуры выборов нового Генерального директора сессия в ноябре 2006 г. именуется "специальной сессией"¹.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ отмечает, что эти расхождения будут исправлены.

Г-жа BLACKWOOD (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) интересуется, какую нумерацию получит специальная сессия Исполнительного комитета, проходившая 23 мая 2006 г., и специальная сессия Ассамблеи здравоохранения, намеченная на ноябрь 2006 года.

Д-р КАКАР (Афганистан), ссылаясь на заявление члена Исполкома от Намибии, говорит, что он бы предпочел, чтобы две последние сессии Ассамблеи здравоохранения располагали большим временем, поскольку некоторые решения приходилось принимать в спешке из-за недостатка времени, и ряд решений был отослан Исполнительному комитету.

Г-н BURCI (юрисконсульт) объясняет, что специальная сессия Исполнительного комитета была созвана в соответствии со статьей 6, а именно, по совместному требованию любых 10 членов Исполкома в течение 30 дней или Генеральным директором по согласованию с Председателем Исполкома, если происходит событие, требующее немедленного применения положений Статьи 28(i) Устава. Специальная сессия, проходившая 23 мая 2006 г., четко попадает в эту категорию. Сессия Ассамблеи здравоохранения в ноябре 2006 г. будет созываться в соответствии со Статьей 2 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения, которая предусматривает, что по требованию Исполкома Генеральный директор созывает Ассамблею здравоохранения на специальную сессию "в такое время и в таком месте, которые определяются Исполнительным комитетом". Ноябрьская сессия фактически будет первой специальной сессией Ассамблеи здравоохранения.

Д-р GØTRIK (Дания) просит серьезно рассмотреть вопрос о длительности Ассамблеи здравоохранения. Экономия времени действительно представляет собой проблему. Он высоко оценивает в этом отношении работу Председателя, который строго соблюдает время начала заседания; если поступать также на Ассамблее здравоохранения, то можно сэкономить много времени.

Д-р KEAN (Исполнительный директор Канцелярии Генерального директора) говорит, что длительность сессий Исполнительного комитета и Ассамблеи здравоохранения постепенно сокращалась за последние 10 лет. Однако Шестидесятая сессия Ассамблеи здравоохранения будет более длительной, чем Пятьдесят девятая, поскольку на ней рассматривается предлагаемый программный бюджет.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ подтверждает, что сессии, на которых обсуждается программный бюджета, более длительны, поскольку многие государства-члены желают выступить с заявлениями.

Д-р SHANGULA (Намибия) принимает это объяснение, однако считает, что есть возможности для лучшей организации.

Решение: Исполнительный комитет постановил, что его Сто девятнадцатая сессия будет созвана в понедельник 6 ноября 2006 г. в штаб-квартире ВОЗ, Женева, и завершит свою

¹ Решение EBSS(2).

работу не позднее среды 8 ноября 2006 года. Он также постановил, что его Сто двадцатая сессия будет созвана в понедельник 22 января 2007 г. в штаб-квартире ВОЗ, Женева, и завершит свою работу не позднее вторника 30 января 2007 года¹.

Решение: Исполнительный комитет постановил, что Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения будет проведена во Дворце Наций, Женева, откроется в понедельник 14 мая 2007 г. и завершит свою работу не позднее среды 23 мая 2007 года².

Профессор PEREIRA MIGUEL (Португалия), выступая от имени Европейского союза и его государств-членов, выражает сожаление в связи с задержкой в рассылке документов для сессии, подчеркивая, что это повторяющаяся проблема. В пункте 15 документа EB118/2 по итогам Пятьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения упоминается поправка к статье 14 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения, указывающая, что документы должны представляться за шесть недель до очередной сессии Ассамблеи здравоохранения. В докладе Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам, содержащемся в документе EB118/3, указывается, что один из пунктов повестки дня Комитета был передан на рассмотрение Исполкома в результате задержки с распространением соответствующего документа. В статье 5 Правил процедуры Исполнительного комитета указывается, что документы для очередной сессии Исполкома рассылаются Генеральным директором не менее, чем за шесть недель до начала сессии. В будущем необходимо более четко соблюдать эти правила, и единственные документы, которые Исполком должен рассматривать в более краткие сроки, это те, что касаются сессий Ассамблеи здравоохранения, немедленно предшествующих сессиям Исполкома.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что эти замечания будут учтены Секретариатом. Соответствующие Правила должны соблюдаться, однако Исполкому следует учитывать, что на подготовку документов требуется время, с одной стороны, и то, что документы должны отражать самую последнюю информацию, с другой стороны.

5. ВОПРОСЫ ДЛЯ ИНФОРМАЦИИ: пункт 8 повестки дня (возобновление)

Доклад о ходе работы по осуществлению резолюции: инвалидность, включая предупреждение, ведение и реабилитацию (резолюция WHA58.23): пункт 8.1 повестки дня (документ EB118/12)

Исполком принимает доклад к сведению.

Комитеты экспертов и исследовательские группы: пункт 8.2 повестки дня (документ EB118/13)

Г-жа VALDEZ (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки), ссылаясь на доклад Совместного комитета экспертов ФАО/ВОЗ по пищевым добавкам, отмечает, что за последние несколько лет ВОЗ и ФАО успешно добивались большей прозрачности решений Комитета в процессе отбора экспертов. Она поддерживает это и подчеркивает важность и далее проявлять бдительность, с тем чтобы обеспечить непредвзятость программы Комитета. Состав комитетов экспертов должен быть географически сбалансирован и международно приемлем. Секретариату необходимо рационально совмещать эти требования с необходимостью обеспечения высоких стандартов научной экспертизы. Секретариат должен обеспечить, чтобы в Комитете работали лучшие ученые со всего мира, когда речь идет об основанных на фактических данных стандартах безопасности для добавок и загрязнителей. Поддержание такого высокого уровня повысит доверие потребителей к продовольствию в

¹ Решение EB118(4).

² Решение EB118(5).

мире. К сожалению, в последнее время была поставлена под вопрос финансовая жизнеспособность Комитета. Она призывает Секретариат и государства-члены считать приоритетной финансовую поддержку Комитету, с тем чтобы государства-члены и Комиссия по Кодексу алиментарии могли полагаться на надежные, научно-обоснованные консультации по вопросам безопасности пищевых продуктов.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ согласен с тем, что группы экспертов необходимо постоянно обновлять, и призвал государства-члены предлагать фамилии ученых в состав Комитета, с тем чтобы Секретариат мог достичь желаемого географического баланса, соблюдая при этом главное требование о научной компетенции. Следует также рассматривать в качестве кандидатур в группы экспертов специалистов из развивающихся стран, не имеющих международной репутации.

Исполком принимает доклад к сведению.

Заседание закрывается в 17 ч. 25 м.

ПЯТОЕ ЗАСЕДАНИЕ

Среда, 31 мая 2006, 09 ч. 05 м.

Председатель: д-р F. ANTEZANA ARANÍBAR (Боливия)

1. ДАТЬ ПАМЯТИ Д-РА ЛИ

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ объявляет, что в память о покойном Генеральном директоре ВОЗ будет показан пятиминутный видеофильм.

Демонстрация фильма.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит о вакууме, который образовался в связи с неожиданной кончиной д-ра Ли. Он занимал пост Генерального директора в течение лишь трех лет, однако оставил значительный след в развитии общественного здравоохранения. Лучший способ почтить его память - это продолжать работать на благо здоровья для всех и особенно для тех, кто более всего нуждается в этом. Исполком продолжит свои усилия в этом направлении и таким образом будет постоянно воздавать должное памяти д-ра Ли.

2. КАДРОВЫЕ ВОПРОСЫ: пункт 7 повестки дня

Заявление представителя ассоциаций персонала ВОЗ: пункт 7.1 повестки дня (документ EB118/INF.DOC./1)

Г-жа LALIBERTÉ (представитель ассоциаций персонала ВОЗ), выступая по приглашению ПРЕДСЕДАТЕЛЯ, выражает прискорбие всех сотрудников ВОЗ в связи с безвременной кончиной Генерального директора.

Она благодарит Председателя за предоставление возможности персоналу ВОЗ реализовать свое основное право на свободу выражения. Персонал гордится работой в ВОЗ, и Ассоциация персонала штаб-квартиры стремится к тому, чтобы ВОЗ была эффективной, справедливой и соблюдающей правила Организации, способствующей продуктивной работе в обстановке доверия и взаимоуважения. Изыскиваются решения проблем, с которыми сталкиваются сотрудники. Имеются свидетельства нарушения правил и процедур и серьезных несправедливостей в отношении к сотрудникам в ряде департаментов, а продуктивной работе зачастую мешают повторяющиеся реструктуризации. Ассоциация персонала решительно возражает против процесса обзоров, который является непрозрачным, произвольным и несправедливым, особенно когда из этого процесса исключаются старшие руководители. В представленном документе содержатся четыре конкретных предложения по улучшению отношений между персоналом и руководством.

Ассоциация персонала в штаб-квартире желает быть пионером новой эры отношений между сотрудниками и руководством в контексте процесса реформы Организации Объединенных Наций и просит Исполком установить механизмы для мониторинга прогресса и обеспечения соблюдения правил в Организации. Ассоциации персонала просят Председателя быть посредником в усилиях по улучшению отношений между персоналом и руководством.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что после консультаций очевидно, что ничего не предпринималось, чтобы не дать ассоциациям персонала выступить с заявлением. Исполком желает способствовать добрым отношениям между персоналом и администрацией и будет готов принять любые требуемые действия. Он приветствует заверения персонала о сотрудничестве и солидарности не только в нынешний переходный период, но и в течение всей деятельности Организации. Как сказал д-р Ли, успехи, достигнутые ВОЗ, были бы невозможны без преданности, квалификации и труда всех сотрудников.

ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА подтверждает, что администрация приветствует активное участие персонала и ассоциаций персонала. Доктор Ли поощрял участие и представительство персонала. Не было никаких попыток не допустить выступления ассоциаций персонала перед Исполкомом. Выражалась озабоченность тем, что это заявление не получило полной поддержки региональных ассоциаций персонала. Важно, чтобы возможность обратиться к Исполкому имели сотрудники, представляющие все ассоциации, а не только штаб-квартиры. В то же время, озабоченность персонала ситуацией в Женеве должна дойти до Исполкома. Администрация решительно намерена улучшать функционирование Организации и совершенствовать концепцию управления, ориентированного на результаты. Работа Секретариата определяется потребностью реагировать на запросы государств-членов. Необходимые для этого квалификации определены в политике набора кадров и оценке эффективности их работы. За последние 18 месяцев были сделаны большие инвестиции в подготовку по вопросам управления и лидерства, а также усовершенствование кадров. Пробелы и проблемы остаются. Был проведен серьезный обзор функций различных департаментов в штаб-квартире, а также кадровых потребностей в рамках бюджета. Для обеспечения тесного сотрудничества с ассоциациями персонала имеется руководящий комитет. Проблемы решались, возможно, не полностью, и вклад ассоциаций персонала оценивается положительно.

Он хотел бы провести обзор системы внутренней законности. По вопросу непосредственных назначений д-р Ли проводил встречу с ассоциацией персонала непосредственно перед кончиной. Он выразил явное предпочтение стандартному процессу отбора, однако сказал, что иногда непосредственные назначения более целесообразны. По сравнению с другими международными организациями, в ВОЗ показатель непосредственных назначений низок (7,8%), и д-р Ли никогда лично не выступал инициатором непосредственных назначений. Такие назначения всегда проводились на основе надлежащей процедуры с представлением соответствующей документации.

В ранее представленном варианте заявления содержались очень серьезные утверждения о коррупции в Организации. Д-р Ли, который был привержен этическому поведению, просил Внутреннего ревизора расследовать эти утверждения и предложил сотрудникам высказываться. В этом конкретном случае было договорено, что в порядке исключения они могут обращаться к Внешнему ревизору. Исполняющий обязанности Генерального директора решил продолжить эту работу. Необходимо расследовать любые нарушения правил. Возможно, было несколько таких случаев, однако в общем руководители в ВОЗ выполняют свои функции ответственно.

Просьба об участии ассоциации персонала штаб-квартиры в Комитете по программным, бюджетным и административным вопросам была передана Председателю этого Комитета. Теперь Исполкому надлежит постановить, следует ли менять ранее принятые решения по этому вопросу.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ отмечает, что заявление свидетельствует о добронамеренности администрации и ее заботе о поддержании диалога с персоналом.

Д-р SHANGULA (Намибия) отмечает явное противоречие между выражением "от имени членов персонала ВОЗ во всем мире" и сноской внизу первой страницы, указывающей, что данное заявление не отражает мнения ассоциаций персонала региональных бюро ВОЗ.

Д-р TANGI (Тонга) подчеркивает, что все сотрудники ВОЗ на всех уровнях подотчетны государствам-членам и, соответственно, всем налогоплательщикам в мире. Роль персонала - в первую очередь выполнять миссию ВОЗ. Любое заявление от имени персонала должно представлять взгляды большинства всех сотрудников, включая работающих в региональных бюро, которые, по его мнению, составляют по меньшей мере 70% всего персонала. Что касается представительства персонала в Комитете Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам, решение должно быть предоставлено самому Комитету. По вопросу повышения эффективности работы важно, чтобы члены Исполнительного комитета были информированы обо всех аспектах, включая взгляды тех, кто оценивает такую эффективность. Что касается назначений, он обращает внимание на Статью 35 Устава, определяющую регламентарную структуру.

Г-н MIGUIL (Джибути) спрашивает, почему независимая ревизия для проверки квалификации, образования, подготовки и опыта сотрудников, предусмотренная в пункте б(б), должна касаться лишь уровня ниже D1. Если ревизия будет проводиться, она должна касаться сотрудников всех уровней.

Д-р SUWIT WIBULPOLPRASERT (Таиланд) напоминает тему Всемирного дня здоровья 2006 г. "Работа на благо здоровья - наше общее дело". Государствам-членам необходимо тщательно заботиться о персонале ВОЗ, его наборе, удержании и продуктивности. Он согласен с членом Исполкома от Тонги в том, что сотрудники ВОЗ, оплачиваемые из денег налогоплательщиков, являются также сотрудниками государств-членов.

Он поддерживает четыре рекомендации и был рад услышать, что д-р Ли никогда не мешал сотрудникам высказываться, однако он был свидетелем случаев отклонений среди старших руководителей ВОЗ, которые прямо или косвенно запрещали это сотрудникам. Для того чтобы сохранялось доверие к ВОЗ, необходимы ясная подотчетность и прозрачность. Все сотрудники являются международными гражданскими служащими и должны быть лояльными к своей организации и всем своим государствам-членам, которые, в свою очередь, должны сохранять бдительность в отношении сотрудников.

Он разделяет озабоченность предшествующего оратора в отношении сферы предлагаемой независимой ревизии. Назначения на неклассифицированные посты значительно более важны для работы Организации. Ему также хотелось бы знать, почему ассоциации персонала не должны быть представлены в Комитете по программным, бюджетным и административным вопросам. Нет никакой явной причины, по которой представители всех ассоциаций персонала не должны иметь права посещать заседания комитетов Исполкома, например в качестве наблюдателей. Серьезный вопрос о непрозрачных финансовых сделках, nepoтизме, кумовстве и других случаях неэтичного поведения поднимался Внутренним ревизором и обсуждался на Ассамблее здравоохранения. Секретариату необходимо предпринять соответствующие действия и доложить Исполкому и Ассамблее здравоохранения о принятых мерах. Нельзя ставить под угрозу доверие к Организации из-за действий отдельных лиц или подразделений Организации.

Г-жа LALIBERTÉ (представитель ассоциаций персонала ВОЗ), отвечая на замечания о непредставленности взглядов персонала региональных бюро ВОЗ, говорит, что Ассоциация персонала штаб-квартиры следовала демократическому процессу принятия решений. Другим ассоциациям персонала дважды предлагалось представить свои взгляды, с тем чтобы можно было составить более репрезентативное заявление. Однако лишь Ассоциация персонала МАИР представила свои взгляды.

Она хочет представить членам Исполкома письменный отказ администрации от имени исполняющего обязанности Генерального директора разрешить ассоциации персонала обращаться к Исполкому. Отвечая на замечания членов Исполкома от Тонги и Таиланда, она говорит, что Ассоциация очень заботится о деньгах налогоплательщиков, но еще больше

заботится о бедных в мире, которые не платят налогов и страдают от болезней; она призывает к большей демократии в Организации, чтобы были услышаны голоса и этих людей.

В ходе подготовки данного заявления Исполкому ассоциация персонала столкнулась с рядом проблем в отношении свободы слова, и эта ситуация неприемлема. Озабоченность в связи с коррупцией, nepotизмом и кумовством касается не д-ра Ли, а других частей Организации. Ассоциация готова предоставить данные в обоснование своего заявления членам Исполкома по их просьбам при условии обеспечения соответствующей защиты сотрудников.

ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА подчеркивает, что Организация поощряет и поддерживает свободу выражения, однако некоторые технические аспекты работы международных гражданских служащих связаны с особой ответственностью. Всем членам Исполкома могут быть предоставлены копии сообщения, направленного персоналу, с указанием, что ассоциации персонала не мешают и не будут мешать выступить с заявлением перед Исполкомом. Была выражена озабоченность по поводу того, отражает ли представленное заявление взгляды всех ассоциаций персонала. Ответственность за решение о представлении заявления, которое представляет лишь частичный взгляд, лежит не на нем, а на избранных членах ассоциаций персонала по всей Организации. Он проконсультировался с Председателем в отношении представления заявления в свете предоставленного ему Исполнительным комитетом права передавать через Генерального директора заявление, отражающее взгляды ассоциаций персонала на такие вопросы. Председатель не возражал против представления заявления.

В своей прежней должности он высоко ценил сотрудничество с членами Исполкома в целях улучшения условий работы Организации и ее сотрудников. Он приветствует дискуссии о способах улучшения системы внутренней законности. Он не считает уместным проводить независимую ревизию сотрудников лишь ниже уровня D1 по причинам, которые д-р Ли объяснил ассоциации персонала штаб-квартиры неделей раньше. Это не исключает возможности рассмотрения отдельных случаев по мере необходимости, и процессы для таких обзоров уже существуют. Были предприняты серьезные усилия для предоставления значительному числу сотрудников на краткосрочных контрактах возможности подавать заявления на должности по контрактам с фиксированным сроком. Что касается расследования утверждений о нарушениях, также существуют механизмы, включая обращение в Бюро служб внутреннего надзора и внутренней ревизии, и эти механизмы можно еще более укрепить. Защита персонала является приоритетом, и он решительно намерен предоставлять еще большие гарантии в этом отношении, особенно в случаях, когда имеются подозрения на нарушения. Что касается представительства в Комитете по программным, бюджетным и административным вопросам, то это надлежит решать Исполкому.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ, отвечая г-ну MIGUIL (Джибути), говорит, что ответ на вопрос о предлагаемой ревизии был дан в ответе исполняющего обязанности Генерального директора. Ясно, что любая такая ревизия должна касаться всех сотрудников.

Произошел позитивный и открытый с обеих сторон диалог, и Исполком сможет содействовать развитию этого диалога, поскольку благосостояние сотрудников имеет важнейшее значение для функционирования Организации.

Исполком принимает к сведению заявление представителя ассоциаций персонала ВОЗ.

Утверждение поправок к Положениям о персонале и Правилам о персонале: пункт 7.2 повестки дня (документы EB118/11 и EB118/11 Add.1)

Г-жа BLACKWOOD (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) отмечает, что доклад содержит большое число поправок. В нем также указано (пункт 2), что Комиссия по международной гражданской службе предложила многочисленные рекомендации,

которые ожидают решения Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. Поскольку предлагаемая дата вступления поправок в силу 1 января 2007 г., она предпочитает отложить их одобрение до того времени, когда будут приняты решения. Дополнительные затраты, которые не предусмотрены в Программном бюджете на 2006-2007 гг., могут быть понесены в случае наличия средств. Поэтому Исполкому можно было бы предложить рассмотреть поправки на его январской сессии и, в случае их одобрения, применять задним числом, а не с опережением.

Г-жа PATTERSON (заместитель г-жи Halton, Австралия) интересуется, каким образом Секретариат планирует амортизировать дополнительные затраты в 22,8 млн. долл. США в 2007 г., и будут ли применяться стратегии повышения эффективности и продуктивности. Если поправки будут приняты, она хотела бы получить обновленные данные об амортизации этих затрат на январской сессии Исполкома.

Д-р GØTRIK (Дания) спрашивает, обсуждался ли рассматриваемый вопрос на Комитете по программным, бюджетным и административным вопросам, и не следовало ли бы этому Комитету представить рекомендацию Исполкому.

Г-н HENNING (Служба кадровых ресурсов), отвечая на замечание члена Исполкома от Соединенных Штатов Америки, говорит, что принятие рекомендаций Генеральной Ассамблеи отложено на более поздний период в этом году в результате недавних предложений Генерального секретаря о реформе. Эти предложения ни в коей мере не зависят от рекомендаций Комиссии по международной гражданской службе. Одна из причин представления рекомендаций до Генеральной Ассамблеи заключается в том, что в случае их принятия они вступят в силу с 1 января 2007 года. Однако недостаток синхронизации не позволяет Секретариату планировать процедуры осуществления достаточно заблаговременно. Одна из альтернатив - одобрить рекомендации при условии, что Генеральная Ассамблея утвердит рекомендации Комиссии. Это, тем не менее, даст возможность подготовить и осуществить некоторые меры, например отмену правила о 44 месяцах, которое касается многих сотрудников, имеющих контракты по существующей системе, при условии, что основа для осуществления таких мер будет обеспечена до 1 января 2007 года.

Отвечая на вопросы, поставленные членом Исполкома от Австралии, он говорит, что в это время затраты не рассматривались в связи с поздним представлением Комиссией рекомендаций по реформе контрактной системы и, таким образом, расчеты, представленные в документе EB118/11 Add.1, отражают сценарий максимальных расходов. Некоторые льготы не будут применяться в 2007 г., поскольку все зависит от длительности контракта. Если Исполком не готов рекомендовать увеличение бюджета Организации, то в консультации с региональными партнерами будут применяться другие стратегии. Что касается вопроса члена Исполкома от Дании, он говорит, что в связи с уже упомянутыми задержками Комитет по программным, бюджетным и административным вопросам не получил документ достаточно своевременно, чтобы иметь возможность проконсультироваться, и поэтому передал вопрос Исполкому.

ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА надеется, что Исполком утвердит поправки к Правилам о персонале при условии утверждения Генеральной Ассамблеей рекомендаций Комиссии, которые предусматривают серьезную управленческую реформу системы Организации Объединенных Наций и улучшат функционирование нашей Организации. Предшествующий оратор обрисовал желательный подход к связанным с этим затратам. После утверждения Исполкомом поправки могут быть введены с 1 января 2007 г. при условии анализа финансового обеспечения.

Д-р SHANGULA (Намибия) спрашивает, не окажет ли отрицательного воздействия на сотрудников перенос принятия решения об утверждении поправок на более позднее время.

Ему не хотелось принимать поправки условно. А что будет, если такие условия не будут соблюдены? Учитывая, что поправки должны вступить в силу 1 января 2007 г., не мог бы Исполком принять решение на своей сессии в январе 2007 г. и применять его задним числом? Например, если поправки будут введены в конце января, то, конечно, это не окажет отрицательного воздействия на персонал. Он бы предпочел, чтобы этот вопрос рассмотрел Комитет по программным, бюджетным и административным вопросам и затем представил рекомендацию Исполкому.

Г-жа BLACKWOOD (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) согласна с мнением о нежелательности условного решения, однако понимает необходимость запустить некоторые процессы в период между этим решением и январем 2007 года. Она готова проявить гибкость, однако просит разъяснений от Секретариата в отношении этих процессов. Важно, чтобы связанные с этим затраты были амортизированы как можно скорее.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ, выступая в качестве члена Исполкома от Боливии, согласен с членами Исполкома от Намибии в отношении важности мнения Комитета по программным, бюджетным и административным вопросам, особенно в свете затратных последствий, которые не были учтены в нынешнем бюджете. Упомянутые возможные меры экономии и повышения эффективности должны помочь в этом отношении, хотя в данном случае утверждение поправок представляется менее срочным. Он также спрашивает, какие остаются осуществить процессы. Никто из членов Исполкома не желает замедлять работу Организации, особенно в отношении сотрудничества со странами.

Г-н HENNING (Служба кадровых ресурсов) говорит, что один из процессов касается глобальной системы управления, которая находится на заключительном этапе концептуальной разработки. Процедуры, которые будут использоваться этой системой, должны быть определены к 30 июня. Если предлагаемые поправки к Правилам о персонале не будут утверждены к этому времени, то система будет отражать нынешнюю политику и процедуры и, соответственно, ее нужно будет перерабатывать с сопутствующими большими затратами. Необходимо проводить осуществление всех изменений в системе контрактов. Непосредственный переход на постоянные контракты не связан с дополнительными затратами. Пересмотр назначений на фиксированный срок не обязательно вызовет финансовые последствия, однако потребует практических мер. Временные контракты представляют основную проблему из-за правила о 44 месяцах и желательности начать 2007 г. с новыми типами контрактов и, соответственно, с масштабной экономией на основе предложенных поправок к Правилам о персонале. Это будет в интересах Организации и осуществления ее программы, поскольку, как было указано, в некоторых регионах компетентные сотрудники ВОЗ уходят к конкурентам, включая неправительственные организации, которые предлагают более привлекательные оклады и условия службы. Рекомендации Комиссии по международной гражданской службе носят глобальный характер, и ожидается, что они будут применяться ко всем организациям. Предлагаемые поправки к Правилам о персонале, тем не менее, влекут финансовые последствия в результате приравнивания сотрудников на коротких контрактах к сотрудникам на контрактах с фиксированным сроком, включая выплату компенсации в целях привлечения и удержания сотрудников самой высокой квалификации.

Д-р TANGI (Тонга) удивлен, что предлагаемые поправки к Правилам о персонале были представлены Комитету по программным, бюджетным и административным вопросам в последнюю минуту, поскольку в рамках процесса реформы они должны были рассматриваться в течение определенного времени. По его мнению, у Исполкома нет выбора, и следует утвердить поправки, однако он надеется, что в будущем такие решения будут проходить через соответствующие каналы и на их рассмотрение будет предоставлено достаточно времени.

Д-р GØTRIK (Дания) говорит, что если он правильно понимает, в бюджете на 2007 г. не имеется достаточных средств для обеспечения предлагаемых мер. Он интересуется, не означает ли утверждение Исполкомом поправок к Правилам о персонале одобрение увеличения бюджета, или расходы на предлагаемые меры будут покрыты из существующего бюджета.

Г-н HENNING (Служба кадровых ресурсов) говорит, что, в соответствии с пересмотренными процедурами, административные и финансовые последствия предлагаемых поправок к Правилам о персонале были представлены Исполкому. Членам Исполкома надлежит решить, желает ли Исполком одобрить увеличение бюджета или желает рекомендовать, как предложил член Исполкома от Австралии, покрыть расходы, вытекающие из предлагаемых поправок к Правилам о персонале, за счет масштабной экономии, которую надлежит обеспечить Организации.

Г-н AITKEN (советник Генерального директора) подтверждает, что затраты на нынешнее двухлетие будут амортизированы посредством экономии и повышения эффективности в связи с нынешним процессом реформы, поскольку любое увеличение бюджета требует утверждения Ассамблеей здравоохранения. Затратные последствия на двухлетний период 2008-2009 гг. будут представлены Исполнительному комитету и Ассамблее здравоохранения в следующем году.

Д-р SHANGULA (Намибия) спрашивает, нельзя ли принять те меры, которые, по мнению г-на Henning's, необходимы в период между настоящим моментом и до введения в действие поправок в январе 2007 г., до утверждения Исполкомом на его сессии в январе 2007 года.

Д-р NTAWUKULIRYAYO (Руанда) в принципе согласен принять условное решение, однако вводить поправки в Правила о персонале на этой основе будет невозможно. Этот вопрос нужно передать Комитету по программным, бюджетным и административным вопросам, чтобы тот смог представить доклад Исполкому в январе 2007 г. и соответствующий бюджет. Тогда Исполком смог бы принять решение, которое будет применяться задним числом, как предложил член Исполкома от Намибии.

ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА приносит извинения за задержку с представлением обсуждаемого документа Комитету по программным, бюджетным и административным вопросам и объясняет, что была надежда знать результаты Генеральной Ассамблеи до представления предложений. Ничто не мешает Исполкому принять предложение и без одобрения Генеральной Ассамблеей; иными словами, решение Исполкома необязательно должно быть условным, однако есть желание обеспечить преемственность и логическую последовательность в общем процессе реформы Организации Объединенных Наций, в котором ВОЗ принимает активное участие. Затратные последствия значительны, но фактически они соответствуют общеорганизационному увеличению затрат на персонал почти в 2%. Осуществляется конструктивное сотрудничество с ассоциациями персонала по вопросу улучшения условий для персонала.

Исполком может утвердить поправки к Правилам о персонале и предложить ему представить доклад об их применении Комитету по программным, бюджетным и административным вопросам в январе 2007 года. На своей сессии в январе 2007 г. Исполком может *de facto* утвердить применение этих поправок. Важным фактором, который следует учитывать, является глобальная система управления и потребность избежать дополнительных затрат в этом отношении. Увеличение максимум на 2% необходимо будет амортизировать, одновременно сохраняя максимально возможную деятельность Организации.

Г-жа BLACKWOOD (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) говорит, что она готова утвердить поправки к Правилам о персонале при условии, что Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций одобрит рекомендации Комиссии

по международной гражданской службе. Она просит Секретариат представить доклад по этому вопросу Комитету по программным, бюджетным и административным вопросам и Исполнительному комитету в январе 2007 года.

Д-р SHANGULA (Намибия), отмечая, что необходимо завершить определенные процессы, которые потребуют утверждения Исполкома до того, как поправки к Правилам о персонале вступят в действие в январе 2007 г., повторяет уже заданный им вопрос, а именно, нельзя ли во избежание дальнейших задержек проводить эти процессы, исходя из предположения, что они будут одобрены.

Д-р NTAWUKULIRYAYO (Руанда) говорит, что как Министр здравоохранения он понимает проблемы, связанные с утратой квалифицированных сотрудников. Поэтому он согласен в принципе одобрить предлагаемые поправки при условии, что бюджетные последствия будут представлены Исполкому на его сессии в январе 2007 г. вместе с указанием тех позиций, где ассигнования могут быть урезаны.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ, выступая в качестве члена Исполкома от Боливии, согласен с членом Исполкома от Тонги в том, что если Исполком не утвердит предлагаемые поправки на нынешней сессии, в результате пострадает Организация. Финансовые последствия придется рассматривать на сессии Исполкома в январе 2007 года.

Секретариат не сможет продвигаться вперед без четких указаний в отношении того, что Исполком не возражает против предлагаемой реформы. У Исполкома есть три варианта: дать одобрение на условиях, упомянутых членами Исполкома от Соединенных Штатов Америки и Намибии; дать безусловное одобрение; или перенести вопрос на свою сессию в январе 2007 года.

Г-н HENNING (Служба кадровых ресурсов), отвечая члену Исполкома от Намибии, говорит, что без необходимых изменений в Правилах о персонале невозможно внести изменения даже в официальные процедуры и руководства. Также невозможно определить правила глобальной системы управления, необходимые для определения компонента информационной технологии программы кадровых ресурсов или предлагать должности сотрудникам в соответствии с новой системой контрактов, поскольку эти изменения зависят от изменений в Правилах о персонале.

Д-р SHANGULA (Намибия) разъясняет, что его интересовало, будет ли возможно внести необходимые изменения до одобрения, с тем чтобы можно было завершить соответствующие процессы и подготовиться к введению в действие в назначенную дату.

Г-н HENNING (Директор, Служба кадровых ресурсов) говорит, что прежде чем менять процедуры, необходимо утвердить поправки к Правилам о персонале. Никакие попытки изменить процедуры иным способом невозможны.

Д-р NTAWUKULIRYAYO (Руанда) выражает свою принципиальную поддержку предлагаемых поправок. Однако их введение в действие должно быть задержано до сессии Исполкома в январе 2007 г., когда станут ясны бюджетные последствия. Если Исполком не утвердит поправок на нынешней сессии, их применение задержится еще больше. Поэтому он предлагает Исполкому дать одобрение при условии согласования бюджетных последствий на Комитете по программным, бюджетным и административным вопросам и в ожидании решения Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что, по его мнению, Исполком желает утвердить предлагаемые поправки к Правилам о персонале при условии одобрения Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций и утверждения бюджетных последствий

Ассамблеей здравоохранения после их рассмотрения на Комитете по программным, бюджетным и административным вопросам.

Предложение принимается.

3. ВОПРОСЫ ДЛЯ ИНФОРМАЦИИ: пункт 8 повестки дня (продолжение)

Электронное здравоохранение: стандартизированная терминология: пункт 8.4 повестки дня (документ EB118/8)

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что сегодня, во Всемирный день без табака, он пользуется возможностью поблагодарить всех тех, кто проводил работу для сокращения потребления табака во всем мире, в частности в интересах пассивных курильщиков, которыми слишком часто являются дети.

Он предлагает выступить с замечаниями по докладу о стандартизированной терминологии в электронном здравоохранении.

Д-р RAHANTANIRINA (Мадагаскар) благодарен за ценную информацию о последних достижениях информационной технологии, касающихся здравоохранения, и подчеркивает важность доступа к надежным данным для принятия решений. ВОЗ следует участвовать в дальнейшей стандартизации терминологии и номенклатур в составе рабочих групп экспертов или независимых комиссий, как указано в пунктах 13 и 14 доклада.

Д-р GØTRIK (Дания), соглашаясь с замечаниями предшествующего оратора, выражает надежду, что вопрос об электронном здравоохранении будет далее рассмотрен Исполком на его сессии в январе 2007 г., и что роль ВОЗ, описанная в пунктах 13 и 14, будет и далее укрепляться.

Г-жа VALDEZ (заместитель д-ра Agwunobi, Соединенные Штаты Америки) говорит, что она предпочитает вариант, представленный в пункте 14, однако необходимо больше подробностей о роли, предусмотренной для ВОЗ с точки зрения технических требований и финансовых последствий.

Профессор AYDIN (Турция) соглашается, что оцифровывание полезно для систем здравоохранения, однако успехи в этой области будут зависеть от определения общих стандартов. Опыт ВОЗ в области международных систем здравоохранения, систем медико-санитарной информации и создания международных классификаций будет содействовать такой работе, которая, в свою очередь, сможет укрепить электронные системы медико-санитарной информации и мероприятия в этой области, включая глобальный эпиднадзор и безопасность пациентов. Лидерство ВОЗ обеспечит равный доступ к стандартизированной терминологии для всех государств-членов. Многие страны имеют планы в области электронного здравоохранения и будут приветствовать рекомендации ВОЗ. Разработка стандартизированных терминологий требует дальнейшего обсуждения Исполкомом. Можно было бы также рассмотреть вопрос о подготовке резолюции об участии ВОЗ в соответствии с вариантами, описанными в пунктах 14 или 15.

Г-жа PATTERSON (заместитель г-жи Halton, Австралия) говорит, что она решительно поддерживает расширение использования средств и служб электронного здравоохранения, а также разработку и совершенствование международной клинической терминологии. Прогресс на международном уровне должен идти в ногу с национальными успехами. Подход ВОЗ не должен задерживать проведение международных инициатив и вести к существенным финансовым последствиям. Она поддерживает просьбу представить дополнительную информацию о технических и финансовых последствиях вариантов, описанных в докладе.

Д-р ABEYKOON (заместитель г-на de Silva, Шри-Ланка) говорит, что технологии электронного здравоохранения приобретают все большее значение, и, соответственно, растет потребность в последовательной терминологии. Поэтому он поддерживает участие ВОЗ в этой области. Он предпочитает варианты, изложенные в пунктах 13 и 14 доклада, и хотел бы получить дополнительную информацию.

Г-жа VELÁZQUEZ BERÚMEN (заместитель г-на Bailón, Мексика) поддерживает предложение, содержащееся в докладе, и спрашивает, будет ли создана группа для определения конкретных приложений: электронные истории болезни; системы больничной информации и диагностической томографии; конфиденциальность; безопасность пациентов и защиту информации. Страны рассматривают возможность использования электронных систем администрации и больничной информации и, в частности, телемедицина, как часть систем клинической информации, могла бы использовать программы и системы электронного здравоохранения для повышения качества лечения пациентов, а также обеспечения их доступа к информации.

Д-р HANSEN-KOENIG (Люксембург) говорит, что ВОЗ следует ставить акцент на разработку новых технологий электронного здравоохранения, и что вскоре необходимо будет принять решение о будущей деятельности. Она предпочитает варианты, изложенные в пункте 14, и просит представить дополнительную информацию для более подробного обсуждения Исполкомом на его сессии в январе 2007 года.

Д-р SINGAY (Бутан) соглашается, что технологии электронного здравоохранения обладают большим потенциалом, особенно для таких стран, как его собственная, и что ВОЗ следует играть лидирующую роль в этой области. Он предпочитает варианты, изложенные в пунктах 13 и 14, и тоже просит представить дополнительную информацию Исполкому для его сессии в январе 2007 года.

Г-н FАНУ (Европейская комиссия) говорит, что Европейское сообщество проводит работу по стандартизации терминологии и приветствует ссылку в докладе на Европейский комитет по стандартизации. Европейская комиссия будет с удовольствием сотрудничать с ВОЗ во избежание дублирования работы. Он приветствует дальнейшее рассмотрение этого вопроса Исполкомом и предлагает свою поддержку в подготовительной работе.

Д-р EVANS (помощник Генерального директора) принимает к сведению предпочтения в отношении вариантов, изложенных в пунктах 13 и 14 доклада. Работа по будущей роли ВОЗ продолжится, и Исполкому на его сессии в январе 2007 г. будет представлена дополнительная информация по этому вопросу, по техническим требованиям и финансовым последствиям различных вариантов, по недавнему обзору, проведенному Глобальной обсерваторией ВОЗ по электронному здравоохранению, и по другим вопросам, затронутым во время обсуждения. Он весьма признателен за предложение Европейской комиссии об оказании поддержки.

Исполкома принимает доклад к сведению.

4. ТЕХНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ И ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: пункт 5 повестки дня (продолжение)

Рациональное использование лекарственных средств: ход осуществления стратегии ВОЗ в области лекарственных средств: пункт 5.3 повестки дня (документы EB118/6 и EB118/6 Add.1) (продолжение третьего заседания, раздел 1)

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что редакционная группа провела заседание для рассмотрения предлагаемых поправок к проекту резолюции. Группа не завершила свою работу и предложила перенести вопрос на сессию Исполкома в январе 2007 года. Рациональное использование

лекарственных средств является широкой темой, и резолюции нужно придать особую направленность, а не повторять аспекты, уже охваченные в предшествующих текстах.

Д-р GØTRIK (Дания) говорит, что государства - члены Европейского союза готовы отложить рассмотрение этого вопроса.

Д-р SOPIDA CHAVANICHKUL (заместитель д-ра Wibulpolprasert, Таиланд) говорит, что готов проявить гибкость и предпочитает отложить рассмотрение до сессии Исполкома в январе 2007 года.

Д-р SHANGULA (Намибия) говорит, что если этот вопрос будет отложен, членам Исполкома следует предоставить дополнительную информацию о направленности проекта резолюции.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что, по его мнению, Исполком желает перенести дальнейшее рассмотрение этого вопроса на свою сессию в январе 2007 г. и просит Секретариат представить тем временем членам Исполкома текст проекта резолюции с поправками, а также запрошенную дополнительную информацию.

Предложение принимается.

5. ЗАКРЫТИЕ СЕССИИ

ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА напоминает, что одним из последних действий д-ра Ли стало приглашение на встречу с базирующимися в Женеве организациями новой Группы высокого уровня по вопросу о слаженности в системе ООН в областях развития, гуманитарной помощи и окружающей среды. ВОЗ будет проводить у себя это совещание 2 июня 2006 года.

Проанализировав работу, проделанную в ходе сессии, в том числе важный вопрос о рассмотрении процедуры избрания нового Генерального директора, он говорит, что уже состоялись обсуждения возможной дальнейшей работы Секретариата в свете решений Ассамблеи здравоохранения, например в связи с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.). Секретариат также оперативно и эффективно отреагировал на недавнее землетрясение в Индонезии при участии странового бюро, Регионального бюро для Юго-Восточной Азии и штаб-квартиры.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что Исполком успешно выполнил свою роль на нынешней сессии в плане прояснения процедур и теперь должен взять на себя большую ответственность по подбору нового Генерального директора. Не забывая о том влиянии, которое покойный Генеральный директор оказал на Организацию, Исполкому следует конструктивно идти вперед и решать важные задачи на предстоящих сессиях.

После традиционного обмена любезностями он объявляет сессию закрытой.

Заседание закрывается в 12 ч. 00 м.
