



ДВАДЦАТЬ ВОСЬМАЯ СЕССИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

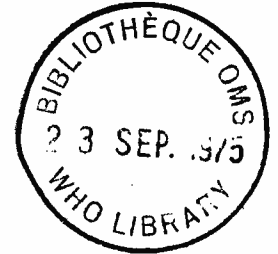
КОМИТЕТ А

КОМИТЕТ А

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ПРОТОКОЛ ДВАДЦАТОГО ЗАСЕДАНИЯ

Дворец Наций, Женева
Четверг, 29 мая 1975 г., 9 ч. 00 м.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: д-р Marcella DAVIES (Сьерра-Леоне)



СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
1. Развитие национальных служб здравоохранения (продолжение дискуссии)	2
2. Ход выполнения программы борьбы с малярией (продолжение дискуссии)	13
3. Развитие национальных служб здравоохранения (возобновление дискуссии) ..	14
4. Проект пятого доклада Комитета А	22
5. Завершение работы Комитета А	23

Примечание: поправки к этому предварительному протоколу должны быть представлены Заведующему редакционно-издательскими службами Всемирной организации здравоохранения, 1211 Женева 27, Швейцария, до 9 июля 1975 г.

1. РАЗВИТИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: пункт 2.6 повестки дня (резолюции WNA23.61, WNA25.17, WNA26.43, WNA27.44, WNA26.35 и EB55.R16; документы A28/9 и A28/WP/14 Rev.1) (продолжение дискуссии)

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ обращает внимание членов Комитета на доклад Генерального директора по вопросу о развитии национальных служб здравоохранения (документ A28/9) и на два относящихся к данному вопросу проекта резолюций. Специальная рабочая группа Исполнительного комитета предложила первый проект резолюции следующего содержания:

Двадцать восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, рассмотрев доклад Генерального директора по вопросу о развитии национальных служб здравоохранения;

признавая огромную важность и неотложность развития программы первичной медицинской помощи в контексте национальных служб здравоохранения и усилий в направлении национального развития, обращая особое внимание на население, недостаточно охваченное такой помощью; и

напоминая о необходимости расширения действенного и эффективного всестороннего медицинского обслуживания, к чему призывают резолюции WNA23.61 и WNA27.44,

1. БЛАГОДАРИТ Генерального директора за его доклад, рассматриваемый в качестве первого шага в направлении осуществления указанных резолюций;
2. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ государства-члены предпринять необходимые государственные меры по разработке и осуществлению планов действий в области первичного медико-санитарного обслуживания;
3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору продолжать осуществлять мероприятия уже предпринятые в направлении обеспечения первичной медицинской помощи в развивающихся странах, в соответствии с резолюцией EB55.R16, и положениями доклада Генерального директора;
4. ПРЕДЛАГАЕТ ДАЛЕЕ Генеральному директору:
 - a) довести программу первичного медицинского обслуживания до сведения высших национальных органов здравоохранения и по их просьбе оказывать им содействие в определении мероприятий, направленных на осуществление такой программы в соответствующих странах;
 - b) оказывать содействие и способствовать разработке мероприятий в области первичной медико-санитарной помощи, активно привлекая различные социально-экономические секторы и используя в качестве исходных такие виды деятельности, как национальное программирование, мероприятия в области развития сельских районов и другого межсекторального развития;
 - c) продолжать осуществлять консультации с соответствующими учреждениями с целью получения поддержки в деле развития расширенной долгосрочной программы первичной медицинской помощи, включая как технические, так и финансовые аспекты; и
 - d) представить доклад о ходе работы на одной из будущих сессий Всемирной ассамблеи здравоохранения; и
5. ПОЛАГАЕТ, что Всемирная ассамблея здравоохранения может пожелать осуществить на определенном этапе обзор опыта служб здравоохранения различных стран в деле обеспечения первичной медицинской помощи в соответствии с резолюцией EB55.R16.

Делегации Кубы, Монгольской Народной Республики, Союза Советской Социалистической Республики и Чехословакии предложили второй проект резолюции следующего содержания:

Двадцать восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, рассмотрев доклад Генерального директора о развитии национальных служб здравоохранения и обеспечении первичной медико-санитарной (лечебно-профилактической) помощи населения, широкие слои которого не имеют достаточного доступа к службам здравоохранения, особенно в сельской местности многих развивающихся стран,

1. ПОДТВЕРЖДАЕТ свои предыдущие решения и резолюции (WNA20.53; WNA23.61; WNA25.17; WNA26.35; WNA26.43; WNA27.44 и др.) о невозможности далее мириться с положением, когда подавляющее большинство населения многих стран не имеет возможности осуществить свое неотъемлемое право на охрану и укрепление здоровья; а также о том, что реальное обеспечение этого права для каждого человека и всего населения в целом является важнейшей задачей общества и правительств соответствующих государств;

2. ПОДЧЕРКИВАЕТ, что необходимая медико-санитарная помощь населению может быть наиболее эффективно обеспечена в рамках всеобъемлющих национальных систем и служб здравоохранения, построенных и развивающихся на основе принципов, сформулированных в резолюции WHA23.61, и при максимальном использовании не только всех национальных финансовых, организационных и кадровых ресурсов в каждой стране с учетом ее социально-политической и экономической структуры, географических, исторических и других условий, но и наиболее гибкого и рационального использования международного опыта здравоохранения и всех возможных источников помощи в этой области;
3. ПОЛАГАЕТ НЕОБХОДИМЫМ привлечь особое внимание государств-членов и международных организаций к развитию первичной медико-санитарной помощи населению, проживающему в сельских местностях развивающихся стран, с целью обеспечения этому населению доступа к национальным службам здравоохранения и оказания ему профилактической, противоэпидемической, санитарно-просветительной и лечебной помощи всеми доступными методами, на максимально возможном уровне для данного этапа развития здравоохранения и социально-экономического прогресса страны;
4. ПРЕДЛАГАЕТ ГЕНЕРАЛЬНОМУ ДИРЕКТОРУ:
- a) продолжить уже начатую в соответствии с резолюцией Исполкома EB55.R16 разработку программы деятельности ВОЗ по стимулированию и содействию развития служб первичной медико-санитарной помощи в государствах-членах с учетом накопленного национального и международного опыта в этой области, а также уставных функций и финансовых возможностей и ресурсов Организации, включая различные внебюджетные средства;
 - b) рекомендовать государствам-членам планировать и организовывать первичную медицинскую помощь населению таким образом, чтобы она осуществлялась лицами, прошедшими необходимую, хотя бы минимальную медицинскую подготовку, работающими под эффективным и действенным контролем врачей или средних медицинских работников и имеющими возможность пользоваться в случае необходимости консультативной и иной помощью вышестоящих звеньев службы здравоохранения, а также активно привлекать местное население к созданию центров первичной медико-санитарной помощи с учетом местных потребностей и первоочередных задач;
 - c) исходить далее из того, что первичная медико-санитарная помощь населению в развивающихся странах не должна в конечном счете ограничиваться мероприятиями на уровне работников с минимальной медицинской подготовкой, а предусматривать не только подчиненность таких работников и центров первичной медико-санитарной помощи местным органам здравоохранения и государственной власти, но и обеспечение контроля и методического руководства ими со стороны общенациональных органов здравоохранения с целью функционального единства всех служб здравоохранения в стране, взаимодействия и взаимопомощи медицинских учреждений различных уровней и наиболее рационального использования государственных и особенно местных ресурсов общества, которые прежде оставались неиспользованными, а также осуществлять по мере развития системы первичной медико-санитарной помощи населению постепенную замену работников, прошедших минимальную медицинскую подготовку вначале средним медицинским персоналом, а затем - врачами, осознающими свой высокий профессиональный и социальный долг перед своим народом, а также, предусмотрев возможность дальнейшего образования работников первичной медико-санитарной помощи до уровня среднего медицинского персонала;
 - d) значительно расширить и интенсифицировать совместно с национальными учреждениями государств-членов и международными неправительственными и неправительственными организациями рекомендованные резолюциями предыдущих ассамблей научные исследования в области эффективной организации национальных систем и служб здравоохранения и, в частности, первичной медико-санитарной помощи населению сельских местностей. Обратит при этом особое внимание на опыт тех государств-членов ВОЗ, которые успешно решили или решают в настоящее время вопросы организации первичной медико-санитарной помощи сельскому, а также городскому населению, имея в виду сопоставление и сравнительную оценку такого опыта и предоставление его в распоряжение всех других заинтересованных государств;

5. ПРЕДЛАГАЕТ Исполкому рассмотреть разработанную Генеральным директором в свете изложенной программы деятельности ВОЗ в области первичной медико-санитарной помощи населению сельских местностей развивающихся стран и другим группам населения, не имеющим в настоящее время достаточного доступа к службам здравоохранения, и должным образом учесть эту деятельность в проекте Шестой долгосрочной программы Всемирной организации здравоохранения;
6. ПОЛАГАЕТ НЕОБХОДИМЫМ, учитывая остроту и большую важность проблемы организации первичной медико-санитарной помощи сельскому населению в рамках всеобъемлющих национальных систем и служб здравоохранения, провести в 1976 г. под эгидой ВОЗ международное совещание или конференцию по обмену опытом развития национального здравоохранения;
7. ПОРУЧАЕТ Исполкому рассмотреть и определить на его Пятдесят седьмой сессии вопрос о времени, месте и конкретной программе такой конференции.

Д-р ВЕНЕДИКТОВ (Союз Советских Социалистических Республик) говорит, что все еще существуют страны, где положения Устава ВОЗ, касающиеся права человека на максимальный уровень здоровья и обязанности правительства обеспечить это право, до сих пор не реализованы, несмотря на многочисленные усилия, предпринятые в этом направлении. Именно по этой причине принятие на Двадцать третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения резолюции WNA23.61 имело столь важное значение. Эта резолюция, в которой впервые были сформулированы принципы построения эффективной национальной системы служб здравоохранения, является поворотным пунктом в деятельности ВОЗ в этой области. На эту резолюцию неоднократно ссылались и обращалось внимание на необходимость "национальной воли", решимости народа и правительства данной страны обеспечить все население службами здравоохранения.

Неверно устанавливать различия между городским и сельским населением, рассматривая первых в качестве привилегированного, а последних в качестве непривилегированного населения, поскольку подавляющее большинство трудящегося городского населения в развивающихся странах также не имеют сколько-нибудь удовлетворительного доступа к службам здравоохранения. Там, где вопрос касается первичной медицинской помощи, население должно рассматриваться как единое целое.

В проекте резолюции, представленном делегацией его страны вместе с делегациями Кубы, Монголии и Чехословакии, подчеркивается, что правительства несут ответственность за организацию служб первичной медицинской помощи, потому что они считают, что ни одна организация извне не должна диктовать правительствам, какая форма медицинского обслуживания должна быть принята или как оно должно быть организовано. ВОЗ может оказать помощь правительствам путем предоставления в их распоряжение результатов сравнительной оценки различных систем. Это не было еще полностью сделано, хотя и упоминалось в нескольких резолюциях Ассамблеи здравоохранения.

Первичная медицинская помощь должна рассматриваться не как примитивная медицинская помощь, а как широкая национальная система служб здравоохранения для всего населения. Для этого должны быть мобилизованы усилия специалистов всех профилей, врачей, медсестер, всех работников здравоохранения с любым уровнем медицинской подготовки, а также усилия общественности. Он считает, что проект резолюции дает четкое определение того, что может быть сделано в этом направлении в ближайшие несколько лет.

Некоторые делегации, по всей вероятности, считают, что пункт 5 проекта резолюции ограничит свободу действий Генерального директора или задержит осуществление этой программы. Выступающий готов рассмотреть любую поправку к этому пункту с тем, чтобы снять все сомнения. Он хочет, чтобы работа была начата немедленно, но предупреждает, что данную проблему нельзя решить легко или в ближайшем будущем. Д-р Венедиктов выражает полное доверие Генеральному директору, но хотел бы, чтобы он информировал Ассамблею, возможно, через год о том, каким образом он собирается осуществить глобальную программу первичной медицинской помощи.

Он надеется, что проект резолюции будет поддержан, но готов рассмотреть любые поправки, которые не будут затрагивать существа предложенных положений.

Проф. SULIANTI SAROSO (Индонезия) говорит, что она председательствовала в качестве члена Исполкома на заседании Объединенного комитета ЮНИСЕФ/ВОЗ по вопросам политики в области здравоохранения. Комитет использовал в качестве основы для своего обсуждения совместное исследование ЮНИСЕФ/ВОЗ альтернативных подходов к удовлетворению основных потребностей населения развивающихся стран в области здравоохранения. Это исследование показало, что наиболее важным фактором гарантии успеха служб первичной медицинской помощи является участие общественности. Достигнуть успеха во всех странах можно будет только при наличии национальной воли и принимая во внимание особенности каждой страны.

Ассамблея здравоохранения приняла многочисленные резолюции по вопросу развития национальных служб здравоохранения, а сейчас настало время действовать. Если Ассамблея действительно предпримет позитивные меры в направлении развития первичного медицинского обслуживания в соответствии с условиями, приведенными на стр. 1 доклада Генерального директора, то она может рассчитывать на чистосердечную поддержку ЮНИСЕФ.

Д-р GOMAA (Египет) говорит, что если деятельность ВОЗ в области развития национальных служб здравоохранения на коммунальном уровне будет успешной, то тем самым окажется выполненной одна из самых важных целей не только в области здравоохранения, но также и в отношении благосостояния человека. Обеспечение медицинского обслуживания должно соотноситься с финансовыми, культурными и людскими ресурсами отдельных стран и должно учитывать конкретные географические и социальные факторы. Ресурсы необходимо использовать таким образом, чтобы обеспечить достижение целей медицинского обслуживания, а этого можно добиться лишь при использовании действенных методов планирования и программирования. ВОЗ может оказать правительствам существенную помощь, предоставляя им в этой области консультативные услуги, однако при этом не следует забывать, что такая помощь должна соответствовать специфическому, культурному и экономическому положениям.

В основе первичного медицинского обслуживания во всех странах лежит работа врача, который, являясь наиболее высоко квалифицированным членом бригады медицинского обслуживания, должен нести ответственность за руководство пунктами здравоохранения, при содействии медицинских сестер, вспомогательного и парамедицинского персонала, которые могут принимать на себя возложенные на него функции только в исключительных обстоятельствах. ВОЗ может оказать содействие в формировании таких пунктов здравоохранения и подготовке персонала для их укомплектования. Она также может содействовать в поисках средств убеждения жителей отдаленных сельских районов, чтобы они прибегали к услугам таких пунктов. Медицинская подготовка должна быть адаптирована к подготовке врачей для обслуживания таких районов.

Первичное медицинское обслуживание, являясь звеном одной непрерывной цепи, должно быть связано с другими службами здравоохранения, как на региональном, так и международном уровне. В его стране был приобретен ценный опыт благодаря установлению связи между пунктами оказания первичной медицинской помощи и региональными больницами, с тем чтобы квалифицированные специалисты могли сотрудничать с врачами в сельских местностях, производя операции и ставя в трудных случаях диагноз.

Успех деятельности службы здравоохранения не может быть оценен просто в вертикальном или горизонтальном направлении; оценка должна осуществляться с точки зрения ее конечного воздействия на экономическую и социальную жизнь данного коллектива в целом.

Делегация его страны поддерживает первый из двух представленных проектов резолюций. Он предлагает добавить в последнем пункте этой резолюции фразу " в частности, в отношении планирования и оценки этих служб" после слов "первичной медико-санитарной помощи".

Д-р ORHA (Румыния) говорит, что хотя первичная медико-санитарная помощь должна в большинстве развивающихся стран рассматриваться как первоочередная неотложная задача, существует много препятствий к тому, чтобы такая помощь предоставлялась в достаточной мере. Доклад Генерального директора исходит из одной из главных предпосылок, заключающейся в том, что первичная медико-санитарная помощь означает интеграцию на коммунальном уровне всех элементов необходимых для оказания эффективного воздействия на здоровье людей. Однако, по мнению Специальной рабочей группы Исполнительного комитета и некоторых предыдущих ораторов, такая интеграция является лишь первым шагом на пути к созданию и развитию национальной системы здравоохранения.

Во избежание возможного недопонимания, его делегация желает предложить несколько поправок к первому из представленных проектов резолюций. Резолюция должна называться "Расширенная программа первичного медико-санитарного обслуживания". В пункте 2 постановляющей части резолюции после слов "первичной медико-санитарной помощи" следует добавить фразу: "что позволит охватить все население всеобъемлющей системой медико-санитарного обслуживания". В пункте 4 с) постановляющей части резолюции после слов "продолжать консультации" необходимо добавить слова "с государствами-членами", а перед словом "организации"- слова "национальные и международные".

Он считает, что Секретариат должен принять во внимание опыт, приобретенный его страной в деле интеграции первичной медико-санитарной помощи с национальной системой здравоохранения, и использовать этот опыт в развитии и укреплении служб здравоохранения в развивающихся странах.

Д-р OJALA (Финляндия) говорит, что успехи медицинской науки за последние несколько десятилетий не отразились на повышении уровня здоровья во многих странах мира. Те успехи, которые были достигнуты, относятся, главным образом, к борьбе с инфекционными болезнями и с алиментарными нарушениями в детском возрасте. Опыт показал, что для того, чтобы достичь и сохранить хорошие результаты, достигнутые в медицинском обслуживании, необходимо создать постоянную инфраструктуру здравоохранения, действующую в тесном контакте с местным населением. В этой связи огромное значение имеет проводимая ВОЗ работа в области гигиены окружающей среды и охраны здоровья матери и ребенка. Новые знания в области медицины использовались главным образом для того, чтобы совершенствовать уже достаточно высоко организованные больничные службы. Достижения с точки зрения общего состояния здоровья были незначительными по сравнению с затрачиваемыми усилиями в кадровом и инвестиционном выражении.

Опыт Финляндии показал, что, несмотря на быстрый рост себестоимости служб здравоохранения показатели здоровья существенно не улучшились, а фактически наблюдается снижение уровня состояния здоровья определенных слоев населения. Хотя в отдельных странах произошло некоторое изменение в основных вредностях здоровья, главными продолжают оставаться вредности, связанные с изменениями в привычках питания, профессиональные вредности, дорожный травматизм, курение табака и проблемы человеческих взаимоотношений. Эти вредности не могут быть устранены лишь благодаря использованию специальной медицинской методологии, необходимы разносторонние меры на всех уровнях общества, с привлечением целого ряда различных органов здравоохранения. Деятельность службы здравоохранения не должна ограничиваться лишь оказанием традиционной медицинской помощи, но должна также содействовать борьбе с теми факторами физического и социального окружения, которые представляют опасность для здоровья. Это будет означать необходимость вернуться к принципам и подходам, которые успешно применялись в прошлом. Только благодаря укреплению сети служб первичного медицинского обслуживания с участием самого населения может появиться надежда на изменение стимулов и отношений и выработку привычек поведения, которые более благоприятно отражаются на здоровье. В его стране была предпринята ревизия общих принципов и политики общественного здравоохранения, с тем чтобы присвоить наивысшую первоочередность развитию первичного медико-санитарного обслуживания.

Его делегация поддерживает соображения, изложенные в докладе Генерального директора и заключения по исследованию ЮНИСЕФ/ВОЗ альтернативных подходов к удовлетворению основных нужд здравоохранения населения развивающихся стран. На заседании Административного совета ЮНИСЕФ в начале прошлого месяца его делегация подчеркнула, что при развитии первичного медико-санитарного обслуживания особое внимание следует уделить совместному планированию, ибо в эту работу вовлечены многие различные административные секторы. Его делегация также подчеркнула необходимость дальнейшего изучения последствий развития систем первичного медико-санитарного обслуживания в финансовом и кадровом выражении. Необходимо постоянное сотрудничество между международными организациями, занятых проблемой первичного медико-санитарного обслуживания, главным образом, ВОЗ, ЮНИСЕФ и ПРООН.

Он поддерживает содержащуюся в резолюции EB55.R16 рекомендацию относительно того, чтобы Ассамблея здравоохранения предприняла обзор опыта служб здравоохранения различных стран в деле обеспечения первичной медицинской помощи, а также обзор принципов и результатов программы ВОЗ в этой области.

Его делегация поддерживает первый из только что представленных проектов резолюций с поправками, предложенными делегатами Египта и Румынии.

Проф. JAKOVljeVIC (Югославия) отмечает, что в большом числе развивающихся стран большинство населения живет в сельских районах и из них 85% имеет лишь ограниченный доступ к службам здравоохранения или не имеют его совсем. Ясно, что нет оснований для оптимизма, а положение требует принятия срочных мер.

Его делегация полностью поддерживает анализ проблемы, данный в докладе Генерального директора, главным образом, определение факторов, которые все еще препятствуют надлежащему доступу населения развивающихся стран к службам здравоохранения. В докладе четко определено, что первичное медико-санитарное обслуживание должно получить наивысшую первоочередность. Было бы чрезвычайно полезно, если бы ВОЗ смогла продолжить сбор, изучение и разъяснение опыта государств-членов в этой области и распространять результаты в еще более подробной форме, особенно в том, что касается методов финансирования служб здравоохранения. ВОЗ может помочь государствам-членам в выработке простой, эффективной, недорогостоящей методологии здравоохранения

для решения наиболее широко распространенных проблем методологии, которую можно легко адаптировать к местным условиям. Следует избегать механического перенесения методологии медицинского обслуживания.

ВОЗ также должна оказывать помощь странам в их усилиях по подготовке работников здравоохранения для работы с населением отдаленных сельских районов и по созданию системы служб здравоохранения, полностью рассчитанной на охват всего населения. Такие передовые службы здравоохранения должны рассматриваться в качестве составной части общей системы медицинского обслуживания. Организация может также содействовать созданию учебных пособий и руководств, а также организации семинаров, симпозиумов, консультаций по вопросу развития национальных или коммунальных служб здравоохранения.

Здравоохранение не должно рассматриваться изолированно, а лишь как часть общего социального и экономического развития стран, а поэтому для надлежащего развития служб здравоохранения необходимо привлечение всего населения. В этой связи представляются важными три пункта постановляющей части резолюции, принятой Комитетом, по вопросу о руководящих принципах программного бюджета, касающихся помощи развивающимся странам: 1. техническая помощь правительствам должна включать в первую очередь такие типы помощи и обслуживания, которые являются наиболее эффективными; 2. она должна быть максимально гибкой и отвечать специфическим потребностям отдельных стран и включать, в случае необходимости, компоненты практической деятельности; и 3. она должна предоставляться на основе имеющегося опыта и более полного понимания тех факторов, которые ограничивают процесс развития развивающихся стран.

Выступающий поддерживает первый проект резолюции, находящийся на рассмотрении, вместе с поправками, внесенными делегатом Румынии.

Д-р HOWARD (Соединенные Штаты Америки) считает, что не было значительных расхождений по вопросу нужд здравоохранения развивающихся стран на международном уровне. Уже есть прекрасное решение проблемы, как например то, которое приводится в резолюции WHA26.35, рекомендующее Генеральному директору, чтобы Организация "сконцентрировала свои усилия на конкретных программах, которые помогут странам в развитии собственных систем лечебно-профилактической помощи всему населению, причем особое внимание должно уделяться удовлетворению потребностей групп населения, еще не обеспеченных в достаточной степени основными службами здравоохранения".

Основная проблема состоит в том, что, несмотря на значительные усилия развивающихся стран, в течение более четверти века получающих помощь от ВОЗ и других международных организаций, а также от других стран, в среднем не более 20% их населения обеспечены регулярным и удобным доступом к службам здравоохранения в населенных пунктах, где они проживают, и по стоимости, которую их правительства могут себе позволить. Ежегодно делегаты Всемирной ассамблеи здравоохранения подчеркивают сохраняющуюся серьезность проблемы недостаточности питания, плохую организацию охраны материнства и здоровья семьи, недопустимо высокий уровень паразитарных болезней и рост народонаселения.

Существующие системы медицинской помощи все еще недоступны огромному большинству населения многих развивающихся стран или меньшему числу населения многих развитых странах. В развивающихся странах 90% младенцев все еще рождаются дома с помощью традиционной повивальной бабки, не имеющей специального образования, а половина всех смертных случаев в мире ежегодно приходится на детей в возрасте до 5 лет, в основном в силу недостаточности питания в сочетании с инфекциями. Согласно официальным данным ВОЗ, развивающиеся страны тратят в 4 раза больше средств на медицинскую помощь в частном секторе, чем на общественный сектор. Во многих странах отсутствуют кадры, необходимые для обеспечения большинства населения современной научной медициной. Несмотря на успехи, достигнутые за последние 25 лет, большая часть населения, особенно население сельских районов, не имеет доступа к самому примитивному медицинскому обслуживанию, за исключением тех случаев, когда проводится несколько массовых кампаний борьбы с болезнями.

В соответствии с Уставом ВОЗ Ассамблея здравоохранения несет прямую ответственность за предоставление в распоряжение Генерального директора руководящих принципов по такому важному вопросу, от которого зависит благосостояние большей части населения земного шара.

Наименование пункта повестки дня неточно; на обсуждение поставлен вопрос о первичной медико-санитарной помощи, т.е. о таком компоненте существующей системы, который необходим для того, чтобы охватить службами здравоохранения большую часть населения в местах их проживания, используя приемлемые методы и по доступной для данной страны стоимости, а не вопрос о развитии национальных служб здравоохранения, организаций или систем.

Продовольственный кризис, недостаточное питание, смертность матерей и детей, а также проблема народонаселения являются настолько актуальными, что их необходимо решить в течение следующих 10 лет, а не 50 или 100 лет. Поэтому министры здравоохранения Американского региона, которые встречались в Сантьяго в 1972 г. для того, чтобы наметить цели на Десятилетие, приняли решение изыскать в течение следующих 10 лет пути обеспечения 80% населения службами первичного медико-санитарного обслуживания.

Существующие решения проблем не годятся для наименее развитых стран, чей ежегодный доход на душу населения ниже 100 ам.долл. Большая часть населения во всем мире зарабатывает меньше 150 ам.долл., а по данным Всемирного банка ежегодный доход на душу населения 40% более низкой категории составляет около 50 ам.долл. Предполагаемый рост дохода на душу населения в течение следующего десятилетия составит около 2% в год. Для человека, зарабатывающего в год 100 ам.долл. или меньше, теоретическое увеличение в 2% в год почти не дает надежды на расширение служб здравоохранения, не говоря уже о каких-либо сельскохозяйственных, образовательных или иных выгодах. Истинное положение вещей таково, что показатель экономического роста в следующем десятилетии значительно ограничил планы любой системы служб здравоохранения на возможно более широкий охват населения, ибо любая система зависит от имеющихся ресурсов.

Многие государства-члены продолжают оптимистично надеяться на то, что увеличение поступлений извне сможет решить проблему основных служб здравоохранения. Уровень служб здравоохранения имеет тенденцию расти одновременно с ростом национального дохода, поэтому примеры систем здравоохранения развитых стран не всегда помогают, ибо они зависят от дохода.

С экономической точки зрения, основная проблема состоит в том, можно ли в следующем десятилетии значительно расширить охват населения службами здравоохранения в стране, где доход на душу населения меньше 100 ам.долл. Общая помощь развивающимся странам со стороны всех стран-доноров на все цели составляет порядка 10 000 млн.ам.долл. Эта сумма, по сравнению с общими текущими расходами развивающихся стран с валовым национальным продуктом примерно в 500 000 млн.ам.долл., является незначительной по отношению к потребностям этих стран. Поэтому в конечном счете страны должны рассчитывать на свои собственные ресурсы с тем, чтобы найти национальные решения своих проблем здравоохранения. В лучшем случае, помощь извне, в том числе помощь, оказываемая ВОЗ, может служить лишь катализатором.

Как сказал Генеральный директор, ВОЗ не является организацией-донором и не располагает средствами для того, чтобы удовлетворять основные потребности стран. Предполагается, что более низкие коэффициенты рождаемости значительно не изменяет доход на душу населения в течение следующего десятилетия, следовательно, даже это не является таким решением проблемы, которое послужит улучшению медицинского обслуживания сельской бедноты. Столкнувшись с такой дилеммой, развивающиеся страны могут выбрать одно из двух: либо ничего не делать для большинства населения, либо тщательно пересмотреть систему предоставления медико-санитарной помощи, с тем чтобы выяснить, не существует ли альтернативных подходов в пределах тех же финансовых ограничений. Именно в процессе этого пересмотра ВОЗ может оказать существенную помощь, и именно на данном этапе Комитет должен наделить Генерального директора определенными полномочиями на предоставление технической помощи.

В течение следующего десятилетия вероятно потребуются радикальные изменения структуры системы первичной медико-санитарной помощи: от дорогостоящих моделей подготовки кадров к моделям, выходящим далеко за пределы вспомогательных служб здравоохранения, с привлечением общественных руководителей, добровольцев из жителей сельских поселков и народных повивальных бабок. Такое решение проблемы будет разниться от страны к стране и будет осуществляться только данной страной.

Новые системы, создаваемые с целью расширения первичного медико-санитарного обслуживания в течение следующего десятилетия, необходимо рассматривать в качестве промежуточных мер до тех пор, пока не будут разработаны более профессиональные системы, с целью охвата большей части населения. Значение проблемы охраны здоровья семьи в будущем таково, что она не может оставаться далее нерешенной.

Не следует забывать, что любая система должна быть составной частью национальной и всеобъемлющей системы здравоохранения. В проекте резолюции, предложенном делегациями Кубы и других стран, содержится ссылка на предыдущие резолюции, не имеющие отношения к первичному медико-санитарному обслуживанию, а касающиеся национальной системы здравоохранения, не являющейся предметом обсуждения. Выступающий согласен с делегатами Румынии и Советского Союза в том, что любая система должна быть неотъемлемой частью национальной всеобъемлющей системы, должна быть обеспечена соответствующим профессиональным контролем, должна осуществляться людьми,

имеющими определенные навыки в области здравоохранения, и должна соотноситься с материально-технической базой и ресурсами национальной системы здравоохранения. Однако это не является предметом обсуждения. Поэтому проект резолюции, предложенный советской делегацией, хотя и является сам по себе правильным и актуальным, не касается обсуждаемого предмета. С другой стороны, проект резолюции, предложенный Исполнительным комитетом, с такими изменениями, которые, вероятно, будут предложены, действительно относится к важному предмету обсуждения.

Д-р ALDEREGUIA (Куба) обращает внимание на документ A28/9, на основе которого был разработан проект резолюции, предложенный делегациями Кубы и других стран, в котором указываются потребности и предлагаются решения сложных проблем первичного медико-санитарного обслуживания. Необходимо учитывать конкретные основные требования для осуществления этой великой задачи в какой-либо стране, принимая во внимание ее географические и исторические особенности, а также ее социальную, политическую и экономическую структуру. Его страна, являясь развивающейся страной и располагая лишь примерно 3 000 врачей, в течение последних 15 лет достигла успехов в создании национальной системы здравоохранения, обеспечивающей первичное медицинское обслуживание для всего населения.

Первым требованием является необходимость интеграции первичного медико-санитарного обслуживания с национальной системой здравоохранения, с тем чтобы гарантировать необходимые взаимоотношения между различными уровнями данной системы, а следовательно, лучшее качество медико-санитарного обслуживания. Очень важно, чтобы службы первичного медико-санитарного обслуживания были связаны с развитием общества, а последнее должно принимать активное участие в работе центров первичного медико-санитарного обслуживания.

Во-вторых, совершенно необходимо, чтобы центры первичного медико-санитарного обслуживания какими бы скромными они ни были, укомплектовались достаточно подготовленным персоналом. Будучи частью национальной системы здравоохранения, такие центры должны функционировать под наблюдением врачей и других специалистов здравоохранения, должны подчиняться местным и промежуточным органам здравоохранения и получать инструкции и руководящие указания от национальных органов здравоохранения. Следует самым рациональным образом использовать местные коммунальные ресурсы, а также активно вовлекать общественность.

В-третьих, для того, чтобы улучшить качество первичного медико-санитарного обслуживания, необходимо наладить постоянный приток медицинского и технического персонала в службы первичного медико-санитарного обслуживания, а также предоставить возможность для повышения технической квалификации тех специалистов, кто начинал работать в центрах первичного медико-санитарного обслуживания, и для их продвижения на более высокие уровни. Требуются огромные усилия, особенно в том, что касается организации курсов профессиональной подготовки и повышения квалификации для врачей и других технических работников здравоохранения, которые должны иметь более четкое представление о своем социальном назначении и всей важности их научной работы для улучшения коммунального здравоохранения. Для решения столь сложной проблемы необходимы не только огромные национальные усилия, но также использование опыта, накопленного странами, успешно создавшими адекватные службы первичного здравоохранения. Первостепенное значение имеет международное сотрудничество, например, осуществление ВОЗ многоплановой работы по разработке руководящих принципов и предоставлению помощи странам, выразившим свою готовность развивать службы первичного здравоохранения.

Его делегация, в качестве одного из соавторов проекта резолюции, готова принять поправки к тексту резолюции, являющиеся результатом дебатов по этому важному вопросу.

Д-р CHITIMBA (Малави) говорит, что в его стране первичное медицинское обслуживание большинства населения обеспечивается повивальными бабками и врачами. Поэтому ВОЗ не должна развивать такие службы без учета значения народной медицины. Исполнительный комитет в своем специальном исследовании по вопросу развития основных служб здравоохранения пришел к нежелательному заключению, что деятельность многих стран по данному аспекту Пятой общей программы работы была безуспешной. Еще хуже то, что во многих странах основные службы здравоохранения не только не смогли добиться успеха, а наоборот, регрессируют. Поэтому воодушевляет тот факт, что ВОЗ почти немедленно откликнулась на ситуацию, обратившись к государствам-членам с просьбой отнестись с большим вниманием к первичному медико-санитарному обслуживанию. В документе A28/WP/4 Rev.1 приведены примеры систем первичного медико-санитарного обслуживания, которые могут явиться возможным решением проблемы. При этом не предполагалось, что страны должны принять какую-то определенную систему, но ВОЗ стимулирует осуществление рекомендаций.

Первичное медико-санитарное обслуживание должно развиваться в соответствии с местными условиями и местными ресурсами. Нет необходимости обходиться без технической помощи извне, но она должна действовать лишь в качестве стимула к развитию национальной системы. Такая помощь была бы оказана с большей готовностью, если бы ВОЗ выступила с программой содействия развитию первичного медико-санитарного обслуживания. Он с беспокойством отмечает, что в документе A28/9 содержится очень мало предложений. Мероприятия, предусмотренные Генеральным директором в данной области и перечисленные на стр. 10, включают создание руководящего комитета, в состав которого войдут два помощника Генерального директора; создание рабочих групп в штаб-квартире и региональных бюро; диалог штаб-квартиры и региональных бюро с государствами-членами; и осуществление первых шагов в деле разработки плана действий с определением обязанностей на уровне штаб-квартиры, региона и страны. На стр. 10 выражается надежда на получение средств. Главный момент, который был упущен в документе, это то, что первичное медико-санитарное обслуживание в основном касается отдельных населенных пунктов, и самым эффективным мероприятием ВОЗ является убеждение соответствующих стран в необходимости создания первичного обслуживания. Как наилучшим образом обеспечить первичное медико-санитарное обслуживание, а также вклад Организации в это дело, можно определить путем экстраполяции уже накопленного положительного опыта. Его собственное предложение сводится к тому, чтобы привлекать так называемых экспертов к работе в нуждающихся странах, осуществлять интенсивную и непрерывную переориентацию и подготовку этих экспертов и прежде всего интенсифицировать подготовку правильно ориентированного местного персонала.

Первичное медико-санитарное обслуживание должно развиваться в рамках всеобщего развития. Так сельскохозяйственное развитие в Малави, которое является стержнем всего развития, включает компоненты здравоохранения. Можно с удовлетворением отметить, что многие дружественные страны и организации согласны с этим всесторонним подходом. В течение 70 лет, задолго до того, как босоногие врачи стали известны на Западе, основой служб здравоохранения были помощники врачей. Однако опасно доверять существующие в настоящее время сильнодействующие средства недостаточно подготовленным лицам. Контроль должен стать основной чертой деятельности системы первичного медико-санитарного обслуживания. Кроме того, очень важно создавать систему на базе уже существующего. Он с удовлетворением отмечает, что через два года народная медицина будет предметом обсуждения на Тематических дискуссиях в Африканском региональном комитете.

Единой схемы первичного медико-санитарного обслуживания не существует. Вряд ли совещания и конференции будут содействовать решению основных национальных задач различных стран. Такие совещания являются лишь трибуной для прославления отдельных систем обеспечения первичного медико-санитарного обслуживания. Однако скорее всего более продуктивными являются встречи на региональном уровне стран с аналогичными проблемами при участии ВОЗ и заинтересованных органов.

Примеры, приведенные в документе A28/WP/4 Rev.1 все же должны пройти испытание временем. Поэтому он придерживается предосторожного оптимизма.

Д-р KUPFERSCHMIDT (Германская Демократическая Республика) рассматривает положение о создании первичного медико-санитарного обслуживания для всего населения, особенно в сельских районах большинства развивающихся стран, в качестве первоочередной задачи ВОЗ. За последние 30 лет его страна создала всеобъемлющую службу здравоохранения, включая первичное медико-санитарное обслуживание на основе профилактики и реабилитации, ответственность государства, плановое развитие в рамках социально-экономического развития в целом, охват всего населения бесплатной квалифицированной помощью на всех уровнях, от работника службы первичного здравоохранения до высококвалифицированных медицинских институтов, образующих пирамиду интегрированной организованной медицинской помощи, единство теории и практики в области охраны здоровья, т.е. быстрое практическое применение, и на уровне первичного медико-санитарного обслуживания, достижений медицинской науки и техники, а также участие общественности в решении проблем здравоохранения. Страны с различными социально-экономическими системами должны обмениваться своим опытом в организации медицинского обслуживания и тем самым создавать и совершенствовать свои собственные службы в рамках всеобщих национальных служб.

Его делегация поддерживает рекомендации, содержащиеся в проекте резолюции, предложенном делегациями Кубы и других стран, которые помогут государствам-членам найти их собственные пути решения неотложных проблем первичного медико-санитарного обслуживания в соответствии с их национальными, медицинскими, социальными, культурными, политическими и экономическими потребностями.

Д-р KIVITS (Бельгия) говорит, что становится все более очевидным тот факт, что недифференцированное перенесение западных систем служб здравоохранения в страны с различной культурой, различным социальным строем и различным уровнем экономического развития, вряд ли будет содействовать удовлетворению основных потребностей значительного большинства населения этих стран; даже в его собственной стране народ начинает сомневаться в том, что система высокоспециализированной медицинской помощи, использующей передовую технологию, действительно удовлетворяет основные потребности населения, если принять во внимание ее высокую стоимость. Кроме того, комплексные кампании борьбы с определенными эндемическими болезнями в развивающихся странах, хотя они и оказались успешными, на самом деле не удовлетворяли постоянные потребности в области здравоохранения соответствующих слоев населения.

Поэтому его делегация благодарна Генеральному директору за его обращение к национальным органам здравоохранения с призывом к большему воображению и инициативе. В пределах своих ресурсов Бельгия удовлетворяла просьбы определенного числа стран об оказании им помощи в организации служб здравоохранения, лучше приспособленных к нуждам местного населения. Консультации ВОЗ были бы столь же полезны для Бельгии, как и для стран, запрашивающих у Бельгии помощь. При Институте тропической медицины в Антверпене был создан специальный научно-исследовательский центр с целью изучения организации первичного медико-санитарного обслуживания и санитарного просвещения. Он надеется, что органы здравоохранения тех стран, в которых проводятся совместные с Бельгией эксперименты, будут должным образом информировать ВОЗ о результатах соответствующих программ. Он также надеется, что доклад Генерального директора и доклад ЮНИСЕФ/ВОЗ по вопросу об альтернативных подходах к удовлетворению основных потребностей в области здравоохранения населения развивающихся стран будут тщательно изучены как странами-донорами, так и странами, получающими помощь, и что ВОЗ будет играть координирующую роль в двусторонних соглашениях.

Больницы, оборудованные по последнему слову техники, не только дороги в эксплуатации, но также требуют высококвалифицированной администрации и специалистов, что еще недоступно многим странам. Расходы на строительство таких больниц очень часто покрываются за счет помощи, оказываемой извне, но ежегодные эксплуатационные расходы, которые могут составлять до одной трети расходов по строительству, должна нести сама страна. Поэтому на организацию первичной медико-санитарной помощи для сельского населения или для более бедных слоев городского населения остается лишь незначительная часть национального бюджета здравоохранения. Больницы могут принести пользу только в том случае, если они являются основным связующим звеном в сети пунктов здравоохранения на различных уровнях, расположенных по всей стране и удовлетворяющих основные потребности в области здравоохранения даже в наиболее отдаленных районах. Правительства должны проявить достаточную смелость, чтобы отказаться от идеи совершенных служб здравоохранения в пользу сбалансированного распределения ограниченных ресурсов, гарантируя функционирование периферийных пунктов здравоохранения.

В докладе Генерального директора предлагается привлекать местное население к участию в организации служб первичного медико-санитарного обслуживания. Это правильный подход, ибо обеспечение бесплатным медицинским обслуживанием каждого гражданина является лишь политическим лозунгом избирательных кампаний, который содействует бездействию со стороны потребителей. Также правильно рассматривать первичное медико-санитарное обслуживание в контексте социально-экономического развития, ибо улучшение условий жизни само по себе влечет за собой улучшение санитарно-гигиенических норм.

ВОЗ обеспечивала необходимую консультативную помощь и приводила примеры в отношении подготовки работников первичного здравоохранения и организации служб на коммунальной основе. Врачи и другие квалифицированные работники должны быть готовы к тому, чтобы доверить таким работникам выполнение целого ряда задач под соответствующим наблюдением с тем, чтобы добиться создания координированной системы здравоохранения. Сотрудники категории специалистов должны быть подготовлены таким образом, чтобы составить часть медицинской бригады, преследующей цель улучшения деятельности здравоохранения как части программ общественного развития. Наиболее сложная задача будет, без сомнения, состоять в том, чтобы убедить врачей, получивших традиционную подготовку, принять эти необходимые изменения как должное. Врачи, заинтересованные в проблемах общественного здравоохранения, всегда составляли меньшинство данной профессии. Но ввиду того, что население увеличивается быстрее, чем растет число квалифицированных врачей, они должны будут все чаще выступать в качестве консультантов и специалистов, осуществляющих оценку, нежели работать лечащими врачами. Вспомогательный медицинский персонал должен будет взять на себя диагностику и лечение болезней общего характера.

Г-жа TZUJENCHOKA (Китай) говорит, что Китай является многонациональной страной, достигшей беспрецедентного национального единства под руководством Председателя Мао Цзе-дуна. Как она знает из собственного опыта, до освобождения в 1951 г. Тибет представлял собой чрезвычайно реакционное общество, основанное на феодальной рабстве. Массам тибетского населения не оказывалось никакой медицинской помощи и не предоставлялось лекарственных средств, а поэтому наблюдалась очень высокая смертность матерей и детей. Страна находилась в состоянии застоя с упадком в экономике и вырождающимся населением, среди которого свирепствовали инфекционные болезни. После освобождения, под руководством Председателя Мао Цзе-дуна и при поддержке народа всего Китая в обществе произошли большие изменения, и тибетский народ достиг невиданного развития во всех областях. Значительно возросло сельскохозяйственное производство и в настоящее время тибетский автономный район фактически полностью сам себя обеспечивает зерновыми и растительными маслами. Промышленность, ранее отсутствовавшая, в настоящее время включает сравнительно крупные текстильные фабрики, заводы по производству электрооборудования и сельскохозяйственных машин, а также мастерские по ремонту медицинского оборудования и фабрики по производству фармацевтических препаратов. Медицинское обслуживание и службы здравоохранения также добились довольно быстрых успехов: к концу 1974 г. количество медицинских учреждений в Тибете возросло в 28,5 раз, а количество больничных коек — в 18,3 раза по сравнению с 1959 г. Медицинский персонал, включая "босоногих врачей", увеличился в 19,5 раз, а средства, выделяемые центральным правительством этому району, возросли в 12 раз по сравнению с 1959 г. В каждой префектуре и муниципалитете данного района существует народная больница, в каждом округе — окружная больница, в каждом районе — клиника, в каждой народной коммуне; которые в настоящее время охватывают более 93% поселков данного района, есть медпункт. "Босоногие врачи" прикрепляются к производственным бригадам. Таким образом, сеть служб здравоохранения начала принимать конкретные формы в районе в целом.

Все работающие в Тибете охвачены бесплатным медицинским обслуживанием и профилактическими мерами, и многие медицинские бригады из других провинций оказывают помощь данному району. В то же самое время развивается и народная тибетская медицина, также и органы здравоохранения осуществляют на практике директиву Председателя Мао, который говорит: "Работая в медицинской области и области здравоохранения, делайте особый упор на сельские районы", в соответствии с четырьмя принципами китайского здравоохранения, а именно: "обслуживайте рабочих, крестьян и солдат; в первую очередь, осуществляйте меры профилактики; объединяйте врачей традиционной и западной медицины; и интегрируйте работу в области здравоохранения с "движениями масс". Было подготовлено много босоногих врачей для обслуживания сельскохозяйственных районов и проведения медико-санитарной работы на самом низком уровне. Медицинским работникам в городах предоставлена возможность работать в сельской местности поочередно. В настоящее время 70% медицинских работников Тибета уже в течение длительного времени работают в сельских районах. Ежегодно в сельскохозяйственные районы направляются мобильные медицинские бригады из больниц, находящихся в ведении префектур, муниципалитетов и округов, донося медицинское обслуживание и лекарственные средства непосредственно к массам в деревнях.

Были предприняты также целый ряд профилактических мер: была начата массовая патриотическая кампания по улучшению санитарного состояния городских и сельских районов с тем, чтобы улучшить гигиенические условия, уничтожить паразитов или ликвидировать болезни, а также изменить личные привычки. Были проведены кампании по иммунизации против некоторых болезней, а оспа и холера были ликвидированы. Был успешно установлен контроль за эндемическими и общими заболеваниями, благодаря массовым обследованиям с последующим лечением. Были значительно расширены службы охраны здоровья матери и ребенка: стало доступным лечение общих гинекологических заболеваний, были подготовлены акушерки и популяризирован новый метод деторождения. В каждом поселке данного района были организованы детские ясли разных типов, которые посещает более 70% детей дошкольного возраста. Такие ясли гарантируют здоровое развитие детей, и с 1959 г. население Тибета увеличилось вдвое.

Медико-санитарное просвещение также развивалось быстрыми темпами. В настоящее время в Тибете имеется семь медицинских школ, и большое число студентов направляется дополнительно для обучения в медицинских и фармацевтических колледжах в другие провинции Китая. Таким образом, было подготовлено много тибетских врачей, которые в основном являются детьми освобожденных от рабства крепостных и рабов. Сама выступающая вышла из такой эксплуатируемой семьи и была направлена для обучения в Тибетский институт национальностей, а позже — в Северо-Западный институт национальностей. После окончания института, она как врач, вернулась в Тибет, где в

настоящее время занимает пост заместителя директора бюро здравоохранения Тибетского автономного района. Ее пример является типичным для тех поразительных изменений, которые произошли в Тибете и других районах Китая.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что проект резолюции по вопросу о развитии национальных служб здравоохранения, приведенный в документе A28/9, и резолюция, по этому вопросу, авторами которой являются делегации Кубы, Монголии, Союза Советских Социалистических Республик и Чехословакии, они имеют целый ряд общих положений. Поэтому она предлагает создать рабочую группу для рассмотрения данных двух проектов резолюций и поправок к ним, в состав которой должны войти председатель специальной рабочей группы Исполнительного комитета, соавторы, делегации Египта, Румынии и все, кто может быть в этом заинтересован.

2. **ХОД ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОГРАММЫ БОРЬБЫ С МАЛЯРИЕЙ:** пункт 2.5 повестки дня (резолюция WNA27.51, EB55.R36 и EB55.R37; документы A28/8 и A28/8 Add.1) (продолжение дискуссии)

Д-р **VELIMIROVIC** (Австрия) представляет следующий проект резолюции по вопросу о ходе выполнения программы борьбы с малярией, подготовленный рабочей группой:

Двадцать восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, напоминая о резолюции WNA27.51;

рассмотрев доклад Генерального директора о ходе выполнения программы борьбы с малярией и соображения, высказанные членами Исполкома по данному вопросу на Пятьдесят пятой сессии Исполнительного комитета;

учитывая серьезные последствия, особенно для детей, ухудшения эпидемиологической ситуации в ряде стран, осуществляющих программы борьбы с малярией;

сознавая срочную необходимость принятия Организацией активных мер, особенно с целью ограничения вспышек малярии, имеющих место во многих районах мира;

учитывая с беспокойством те серьезные трудности, особенно недостаток инсектицидов, антималярийных препаратов и оборудования и возрастание стоимости поставок, транспорта и обслуживания, с которыми неизбежно сталкиваются правительства, стремясь сохранить необходимую эффективность мероприятий по борьбе с малярией;

учитывая далее, что ресурсы Добровольного фонда укрепления здоровья – Специального счета ликвидации малярии – недостаточны для оказания необходимой помощи государствам-членам;

отмечая с удовлетворением решение Исполкома о создании Специального комитета, состоящего из представителей Исполкома, который в сотрудничестве с Секретариатом будет уделять большее внимание данному вопросу,

1. **НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ** правительства пересмотреть установленную ими очередность задач в области здравоохранения с соответствующим учетом положения в связи с малярией и возможного распространения этой болезни в их странах, а также мобилизовать национальные ресурсы, необходимые для обеспечения постоянной поддержки осуществляемым в их странах программам борьбы с малярией;

2. **ПРЕДЛАГАЕТ** региональным комитетам на предстоящих сессиях уделить особое внимание положению с малярией в регионах и вынести рекомендации относительно ориентации программ борьбы с малярией в рамках регионов;

3. **ПРЕДЛАГАЕТ** Генеральному директору с учетом замечаний Специального комитета по малярии, созданного Исполнительным комитетом:

1) оказывать помощь государствам-членам в деле планирования, оценки и осуществления программ борьбы с малярией в соответствии с конкретной обстановкой, потребностями и ресурсами каждой страны;

2) осуществлять всесторонний обзор состояния разработки и производства противомаларийных препаратов и инсектицидов, с тем чтобы своевременно и по приемлемым ценам обеспечивать этими важными средствами национальные программы борьбы с малярией; и

3) информировать, с целью обеспечения их сотрудничества, все международные учреждения и организации, особенно ЮНИСЕФ, а также организации, осуществляющие сотрудничество на двусторонней основе, об ухудшении эпидемиологической ситуации в связи с малярией, что вызвано главным образом теми трудностями, с которыми сталкиваются страны при получении инсектицидов, антималярийных препаратов, оборудования и транспорта, и об острой необходимости оказания большей помощи программам борьбы с малярией;

4. **НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ** страны, располагающие ресурсами, делать и далее взносы в Добровольный фонд укрепления здоровья – Специальный счет ликвидации малярии – либо в денежной или натуральной форме, либо посредством оказания помощи на основе двусторонних соглашений в рамках утвержденных программ и планов действий;
5. **ПРЕДЛАГАЕТ** Исполнительному комитету продолжать уделять пристальное внимание осуществлению программы борьбы с малярией во всем мире и в установленном порядке докладывать по этому вопросу Всемирной ассамблее здравоохранения.

Решение: Комитет принимает проект резолюции.

3. **РАЗВИТИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:** пункт 2.6 повестки дня (резолюция WNA23.61, WNA25.17, WNA26.43, WNA27.44, WNA26.35 и EB55.R16; документы A28/9 и A28/WP/4 Rev.1)(возобновление дискуссии)

Д-р AYRES (Португалия) говорит, что ее делегация желает войти в число соавторов проекта резолюции по вопросу развития национальных служб здравоохранения, предложенного делегациями Кубы, Монголии, Союза Советских Социалистических Республик и Чехословакии.

Каждая страна должна выработать собственный тип национальных служб здравоохранения с тем, чтобы наилучшим образом использовать имеющиеся в наличии ресурсы и интегрировать существующие службы. ВОЗ должна сыграть важную роль, обеспечивая руководящие принципы и оказывая моральную поддержку органам общественного здравоохранения, которые могут использовать правильный подход к проблеме, но испытывать трудности в его реализации. Португалия пытается создать национальные службы здравоохранения, но одним из препятствий является сопротивление практикующих врачей, которые были подготовлены в традициях лечебной медицины. Оказалось, что организация национальной службы здравоохранения связана как с техническими, так и политическими проблемами. Врачи должны осознавать, что менее квалифицированный персонал может осуществлять многие функции с тем же эффектом; такой персонал должен располагать медицинскими знаниями и входить в состав бригад, с тем чтобы их работу можно было направлять и контролировать. Ее делегация уделяет большое внимание вопросу контроля. Работников здравоохранения следует набирать из населенных пунктов, где им предстоит работать и им следует предоставлять возможность дальнейшего обучения с перспективой на продвижение. Необходимо также заинтересовать всю общественность в создании своей собственной национальной службы здравоохранения.

Д-р MICHEL (Франция) говорит, что идея первичного медико-санитарного обслуживания в сельских районах сама по себе не совсем нова: в течение по крайней мере десятилетия органы, обычно находящиеся в ведении министерств планирования или сельского развития, предпринимали попытки открыть в деревнях аптеки и пункты первой помощи параллельно с организацией общих служб здравоохранения. Несколько настораживает тот факт, что такие мероприятия находятся не в полном ведении министерств здравоохранения.

Значительные усилия были предприняты в отношении организации основных служб здравоохранения и особенно подготовки медсестер. Обращалось также внимание на подготовку врачей в развивающихся странах, и действительно очень часто до 50% бюджета здравоохранения затрачивается на подготовку квалифицированного персонала. В результате, на покрытие текущих расходов служб здравоохранения остаются незначительные суммы. Не хватает лекарственных средств, оборудования и транспортных средств. По этой причине нельзя выносить такие строгие суждения о работе врачей в развивающихся странах, какие приведены в некоторых документах, представленных Комитету. Недостаток оборудования для работы по специальности также отчасти является причиной утечки мозгов.

В настоящее время выражается надежда на то, что многие различные аспекты первичного медико-санитарного обслуживания могут быть распространены на наиболее отдаленные сельские районы. Для гарантии успеха целесообразно было бы провести оценку потребностей в основном оборудовании, лекарственных средствах и медикаментах, ибо от этого в какой-то мере будет зависеть эффективность первичного медико-санитарного обслуживания. Более того, необходимо организовать регулярные централизованные поставки, даже если местному населению придется взять на себя оплату некоторых расходов. Проблема достаточного снабжения представляется сложной, даже в традиционных медицинских службах. Развитие национальных служб здравоохранения требует от врача либо выполнять свою традиционную роль, либо работать в качестве администратора, ответственного за организацию работы общественного здравоохранения. Наконец, работники здравоохранения нуждаются, по крайней мере, в минимальных службах снабжения. Страны-доноры, в том числе Франция, будут оказывать значительную помощь на двусторонней основе с тем, чтобы оказать содействие в ре-

Д-р SHRIVASTAV (Индия) сожалеет, что в рабочую группу, занимавшуюся данной проблемой, хотя она и состояла из экспертов, располагающих большими знаниями и опытом, не были включены эксперты из обширных частей земного шара, где в течение нескольких лет службы первичного медико-санитарного обслуживания находятся в процессе развития. Индия, например, в настоящее время осуществляет свой третий план, касающийся первичного медико-санитарного обслуживания.

Название пункта повестки дня несколько неверно, ибо, как отметил делегат Соединенных Штатов, в центре обсуждения находится в основном проблема первичного медико-санитарного обслуживания.

Опыт его собственной страны показывает, что организация национальных служб здравоохранения и даже первичного медико-санитарного обслуживания имеет тенденцию быть несколько несбалансированной, в результате чего на покрытие расходов на такие необходимые потребности, как оборудование и дополнительное питание, остается недостаточно средств. Поэтому он хотел бы подчеркнуть, что какую бы структуру ни решила установить какая-либо страна, ее необходимо согласовывать с имеющимися в распоряжении этой страны средствами в соответствии с точкой зрения, высказанной также делегатами Соединенных Штатов и Малави. Следует помнить, что понятия охвата и структуры взаимно исключают друг друга в том, что касается основных служб здравоохранения, ввиду ограниченных наличных средств. Выступающий ссылается на существующую в Индии систему, когда первичное медико-санитарное обслуживание частично обеспечивается работниками основных служб здравоохранения, как мужчинами, так и женщинами: доведение числа работников до желаемого соотношения vis-à-vis населения неизбежно связано с вопросом имеющихся для их оплаты средств.

В докладе имеется ссылка на профессиональную подготовку. В основном подготовка, которую проходили до настоящего времени, была одноплановой, так как интеграция многопрофильной подготовки является широким вопросом, заслуживающим специального изучения, которое, как представляется, еще не предпринималось с должной тщательностью.

Была также сделана ссылка на участие и привлечение общественности особенно в развивающихся странах. Безусловно, этого трудно добиться, а четкого определения, что же под этим практически подразумевается, дано не было. По его мнению, такого участия можно лучше всего добиться на коммунальном уровне благодаря использованию добровольных работников, не получающих денежного вознаграждения из государственных источников, глубоко заинтересованных в такой работе и прошедших минимальную подготовку. Например, учителя, местные технические работники и получившие образование домохозяйки могут привлекаться на добровольной основе к обеспечению первичного медико-санитарного обслуживания. Состав персонала, осуществляющего первичное медико-санитарное обслуживание, конечно, будет различаться от страны к стране. Однако целесообразно создавать это обслуживание на базе существующей основной структуры здравоохранения, придавая ей наиболее соответствующую переориентацию. В Индии, где уже существует основная служба, в которой сотрудничают мужчины и женщины в качестве работников первичного медико-санитарного обслуживания, прилагаются усилия к тому, чтобы обеспечить подготовку продолжительностью в два-три года для фельдшеров и помощников санитарных врачей, чья работа будет сводиться к проведению скорее профилактических, чем лечебных мероприятий. Необходимо, чтобы национальные службы здравоохранения учитывали связи, установившиеся между центрами первичного медицинского обслуживания и учреждениями более высокого типа, занимающимися профилактической и лечебной медициной.

Здесь упоминалась Азиатская Хартия здравоохранения. Но основной вопрос состоит в том, кто будет предоставлять средства на осуществление предусмотренных в данной Хартии мероприятий, принимая во внимание серьезное положение в результате голода и стихийных бедствий, в котором находятся страны данной части земного шара.

Проф. KOSTRZEWSKI (Польша) напоминает, что его делегация на предыдущих сессиях Ассамблеи здравоохранения высказывала свое мнение по поводу первичного медико-санитарного обслуживания и национальных служб здравоохранения в странах с различным уровнем развития. Он подчеркивает значение, придаваемое его делегацией этой деятельности, как одному из самых важных компонентов будущей деятельности ВОЗ. Весьма приятно услышать, что первичное медико-санитарное обслуживание расценивается как составная часть системы здравоохранения и что национальные системы здравоохранения должны оказывать ему полную поддержку.

Его делегация поддерживает проект резолюции, содержащийся в пункте 6 документа A28/9, так же как она поддерживает любые предложения, которые могут содействовать улучшению и ускорению осуществления программы ВОЗ, касающейся первичного медико-санитарного обслуживания.

Д-р TOTTE (Швеция) считает, что при разработке будущей программы ВОЗ необходимо полностью учесть различные замечания, высказанные членами Комитета. Представляется, что выраженное общее мнение указывает на то, что Комитет сможет согласовать единый текст резолюции.

В дополнение к информации приведенной в разделе IV, 4, документа A28/9, касающейся средств, которые должны Швеция предоставить для содействия исследованиям в области первичного медико-санитарного обслуживания на 1975, 1976 и 1977 гг., выступающий информирует Комитет о том, что 15 мая 1975 г. шведское правительство приняло решение предоставить сумму в 1,25 млн. ам. долл. на 1975 и 1976 гг.; оно также надеется, что сможет предоставить средства и на 1977 г. для оказания помощи в осуществлении программы научных исследований ВОЗ в области развития систем медико-санитарного обслуживания в развивающихся странах.

Г-н ASVALL (Норвегия) полностью поддерживает принцип, заключающийся в том, что основные службы здравоохранения заслуживают первоочередного внимания при развитии служб здравоохранения и что они должны быть организованы с учетом местных потребностей и должны развиваться при тесном сотрудничестве местного населения.

Он соглашается с интересными идеями, высказанными в документе A28/9, но по его мнению некоторые аспекты документа вызывают беспокойство. В основном проблема касается того, как наилучшим образом адаптировать местные службы здравоохранения к населению, которое они должны обслуживать, и к имеющимся ресурсам. В том, что касается этих двух аспектов, то между государствами-членами существуют огромные различия. В документе констатируется, что отдельные факторы должны быть общими для всех стран; подчеркивается также тот факт, что ответственность за первичное медико-санитарное обслуживание в каждом населенном пункте должны нести местные работники, избранные жителями данного населенного пункта, прошедшие подготовку на месте и подчиняющиеся медицинскому специалисту, к которому население также может всегда обратиться и которого это население приняло. Хотя эта концепция имеет большие преимущества в том, что касается слаборазвитых стран, выступающий сомневается, можно ли ее применить к развитым странам, которые уже создали свое первичное медико-санитарное обслуживание на основе наличия полностью квалифицированных врачей и вспомогательного персонала, подготовленного в профессиональных школах. Более того, что касается развитых стран, то следует также помнить, что общество стало более мобильным и что как сами жители, так и медицинский персонал передвигаются с места на место каждые несколько лет и в противоположность находящемуся в тесном общении населению развивающихся стран, они очень мало знают друг о друге.

Он соглашается с предыдущими выступающими в том, что в документе, если рассматривать его рекомендации в качестве действительных для всех, наблюдается некоторое отсутствие равновесия в соотношении служб первичного здравоохранения к более специализированным службам. Там, где ресурсы недостаточны, их безусловно следует использовать на создание простых основных служб здравоохранения. Однако некоторые страны с более высоким уровнем жизни в состоянии обеспечить широкое и высокоспециализированное медико-санитарное обслуживание. Это всем очевидно. Но в такое время, когда определенные группы с сильным антипрофессиональным уклоном в ряде стран склонны упрощать проблему медико-санитарного обслуживания и отрицать необходимость специальных медицинских знаний там, где они необходимы, особое значение приобретает необходимость того, чтобы любой документ ВОЗ, в котором содержатся руководящие принципы развития служб здравоохранения, отражал необходимое равновесие в рекомендациях. И на самом деле, документ только бы выиграл от того, что в нем будет еще в большей степени подчеркнута разница, существующая между странами, находящимися на различных стадиях развития как в отношении установления первоочередных задач, так и в поисках их практического разрешения.

Он одобряет принятый ВОЗ новый подход к решению проблемы обеспечения слабо развитых стран основными службами здравоохранения и за извлечение ценного опыта из практики тех стран, которые пытаются решить свои проблемы новым путем. Он выражает уверенность, что ВОЗ будет и впредь проводить свою работу по решению этой проблемы, должным образом учитывая местные особенности регионов и стран. Его делегация соответственно выступит в поддержку проекта резолюции, предложенного Исполнительным комитетом, с поправками предложенными делегацией Румынии.

Выступающий надеется на возможность достичь соглашения по единому пересмотренному варианту, представленных проектов резолюции. Хотя он в принципе поддерживает идею, воплощенную в пункте 6 постановляющей части проекта резолюции, представленного Кубой, Монголией, Советским Союзом и Чехословакией, он интересуется, не явится ли обмен опытом по развитию национальных служб здравоохранения более подходящим предметом для тематических дискуссий во время одной из будущих сессий Всемирной ассамблеи здравоохранения, чем для отдельного международного совещания или конференции.

Д-р NONDASUTA (Таиланд) считает, что там, где обслуживание, обеспеченное частным сектором развивается параллельно с системой общественного здравоохранения и последняя не всегда удовлетворяет все возрастающие потребности, правительства должны принять меры к тому, чтобы обеспечить свои собственные службы здравоохранения с целью создания эффективной и работоспособной системы, согласовывая или интегрируя оба эти сектора. Более того, необходимо по возможности обеспечить такое положение, чтобы политика в других областях, помимо здравоохранения, не противоречила планированию здравоохранения, а дополняла его.

Службы здравоохранения должны проводить работу с людьми, а не пытаться заставлять их осуществлять мероприятия, соответственно одна из основных стратегий должна заключаться в привлечении общественности. В этой связи работники первичного здравоохранения, хотя и под контролем служб здравоохранения и получая от них полную поддержку, должны оставаться частью частного сектора. Они должны, по возможности, войти в состав деревенской администрации, которая представляет собой самое маленькое общественное звено. Возможно, наступит такая стадия, когда такие работники первичного здравоохранения смогут пройти подготовку в простой методологии планирования с тем, чтобы они сами могли адаптироваться к будущим потребностям; это должно стать конечной целью любых усилий в области развития, и ВОЗ, как и любая заинтересованная страна, должна уделять этому вопросу серьезное внимание.

Правительство его страны полностью поддерживает курс, проводимый Организацией в данной области, и будет впредь развивать свою собственную систему первичного медико-санитарного обслуживания в соответствии с этим курсом.

Г-н RAHMAN (Бангладеш) подчеркивает необходимость большей степени координации на уровне штаб-квартиры между весьма разнообразными программами, осуществляемыми ВОЗ; тесная взаимосвязь между этими программами на уровне полевых проектов совершенно очевидна.

Когда в 1973 г. органы здравоохранения Бангладеш изучили положение в области здравоохранения, стало очевидным, что первичное медико-санитарное обслуживание является проблемой первоочередной важности. Были предприняты меры к тому, чтобы определить, какого типа подготовку должен пройти существующий персонал, и чтобы рационализировать деятельность на основе потребностей и возможностей. Таким образом основное внимание было переключено с лечебной работы, охватывающей только малую часть населения, на работу по улучшению благосостояния семьи, и на минимальной программе медико-санитарного обслуживания, охватывающей 85% населения и основывающейся на мероприятиях, проводимых по месту жительства и в поселках. Была подготовлена первая партия работников первичного здравоохранения и предпринята интеграция первичного медико-санитарного обслуживания, начавшаяся на более низком, а не на более высоком уровне; однако со стороны специалистов имела место некоторая оппозиция. Программа осуществлялась в общенациональном масштабе примерно в течение 18 месяцев, и было достигнуто более 60% запланированных целей. Эту деятельность приходилось увязывать с программой сельского развития и с помощью, оказываемой добровольными организациями. Изучается система страхования здоровья.

Д-р TARIMO (Объединенная Республика Танзания) говорит, что рассматриваемый документ служит доказательством нового подхода, поскольку в нем ясно отражено понимание необходимости предпринятия мер по обеспечению первичного медико-санитарного обслуживания. Он разделяет надежду на то, что за дискуссиями, имевшими место на настоящей сессии Ассамблеи здравоохранения, последуют действия: в самом документе четко определены возможные направления деятельности.

Развитие сельского здравоохранения в Танзании является составной частью общего развития сельских районов. Они столкнулись с многочисленными проблемами, многие из которых аналогичны проблемам, описанным в документе. Одна из этих проблем заключается в том, чтобы обеспечить принятие принципа первичного медико-санитарного обслуживания специалистами-медиками, которые, хотя и соглашались с необходимостью развития сельских служб здравоохранения, считают, что обеспечение доступа населения к использованию всех преимуществ современной медицины является обязанностью правительства. Однако очевидно, что развивающиеся страны должны сделать выбор между обеспечением по возможности более широких слоев населения первичным медико-санитарным обслуживанием и расширением более крупных медицинских пунктов. В Танзании было намеренно приостановлено расширение числа больничных коек: это расширение в настоящее время ограничено 3% в год, т.е. в размере, достаточном для того, чтобы соответствовать росту населения. Работники первичного здравоохранения являются главной опорой служб здравоохранения в Танзании, ибо стоимость

подготовки одного врача равна стоимости подготовки десяти работников первичного медико-санитарного обслуживания. В идеальном варианте, конечно, необходимы и те и другие члены бригады, если бы не возникал вопрос сравнительной стоимости. Равным образом, многие страны сталкиваются с проблемой так называемой утечки мозгов. Поскольку хорошие условия работы имеют большое значение, Танзания не в состоянии конкурировать с высокими ставками зарплаты, установленными в развитых странах, однако ей не приходилось сталкиваться с проблемой "утечки мозгов". Вспомогательные работники здравоохранения представляют собой большую ценность, и им необходимо предоставить возможность занимать более ответственные должности после прохождения дальнейшей подготовки.

Он согласен с делегатом Малави в отношении необходимости координации все возрастающих по своей численности мероприятий, осуществляемых под руководством ВОЗ на уровне страны. Он обращает внимание на трудности интеграции вертикальных программ, преследующих одну цель, которые иногда осуществляются за счет основных служб здравоохранения.

Д-р KLIVAROVA (Чехословакия) соглашается с выступавшими, подчеркивавшими необходимость осуществления ВОЗ дальнейших исследований национальных систем служб здравоохранения различных стран и результатов опыта их деятельности. Она не совсем понимает, почему в докладе Генерального директора, как ей представляется, проводится разграничение между службами первичного медико-санитарного обслуживания и общими службами здравоохранения страны, как будто специализированное обслуживание, обеспечиваемое последними, не предполагает охвата всего населения в целом.

Утверждение в пункте 2.2 о том, что разрыв между городскими и сельскими службами здравоохранения все увеличивается, не вытекает из опыта отдельных стран, где, наоборот, этот разрыв, если он и существует, ежегодно сокращается.

Она считает, что в докладе Генерального директора наблюдается тенденция к упрощению. За последние годы ее страна приобрела значительный опыт в организации национальных служб здравоохранения, включая службы первичного медико-санитарного обслуживания, которые, тем не менее, являются составной частью всеобщей системы здравоохранения. Районный врач и его штат (включая медицинскую сестру общего профиля, патронажную сестру-акушерку, сестру по уходу за престарелыми и вспомогательных работников здравоохранения) работают совместно с общественностью и членами Красного Креста, прошедшими специальную подготовку. Первичное медико-санитарное обслуживание может обеспечиваться вспомогательными работниками при условии, если они осуществляют свою работу под контролем квалифицированных сотрудников по крайней мере персонала со средним специализированным образованием до тех пор, пока не будет обеспечен квалифицированный медицинский персонал.

Ее делегация, которая является соавтором одного из представленных проектов резолюций, надеется, что сможет поддержать проект, который готовит рабочая группа.

Д-р AZIZ (Пакистан) говорит, что обсуждаемые проблемы имеют большое значение для его страны, где 75% населения живет в сельских районах и имеет малый доступ к службам здравоохранения. Они страдают от инвазии паразитами, недостаточности питания и различных инфекционных болезней и слишком бедны, чтобы платить за необходимое медицинское обслуживание. Маловероятно, что в ближайшем будущем они смогут быть обеспечены полностью развитыми современными службами здравоохранения. Тем не менее правительство придает первоочередное значение созданию базы здравоохранения для сельского населения и подготовило план программирования здравоохранения в стране, который в значительной степени соответствует рекомендациям, содержащимся в документе, находящемся на рассмотрении Комитета. Предполагается, что этот план развития первичного медико-санитарного обслуживания будет включать полное участие общественности и наиболее рациональное использование всех имеющихся национальных ресурсов. Он будет интегрирован со службами общего здравоохранения. Ввиду высокой стоимости осуществления этой программы для ее успеха крайне необходима помощь извне, особенно со стороны ВОЗ.

Г-н GOUDARZI (Иран) говорит, что в 1972 г. в Иране было начато осуществление в сотрудничестве с ВОЗ экспериментального проекта развития национальных служб здравоохранения. Несмотря на существование большого числа технически жизнеспособных подходов, опыт других стран показал, что многие из так называемых решений неприменимы на практике, особенно если они требуют использования передовой технологии. Он подчеркивает необходимость планирования и разработки в каждой стране системы, адаптированной к местным условиям, с учетом социально-экономического положения и наличных ресурсов. В Иране был подготовлен план развития национальной сети

здравоохранения, который будет реализован в ходе выполнения текущего пятого пятилетнего плана. В плане предусматривается систематическая подготовка работников передового отряда здравоохранения в районных центрах, расположенных вблизи сельских районов, причем лица, которые должны будут пройти такую подготовку, выбираются, по возможности, из жителей района, где им в конце концов придется работать. Были серьезно изучены различные альтернативные методы развития системы служб здравоохранения, включая обеспечение сельских районов первичным медико-санитарным обслуживанием. Однако было решено, что наиболее подходящей системой для Ирана является всеобъемлющая сеть здравоохранения с четко установленной степенью ответственности и преследующая цель полного охвата населения. Помимо подготовки работников передового отряда здравоохранения в плане предусмотрено укрепление других подразделений и расширение служб районных больниц.

Д-р DAS (Непал) говорит, что свыше 90% населения его страны живет в деревнях, далеко расположенных и отделенных друг от друга труднодоступными горными участками. Это значительно усложняет задачу предоставления медицинской помощи сельскому населению. Как и предыдущий оратор, он подчеркивает необходимость создания каждой страной своей собственной системы первичного медико-санитарного обслуживания. В Непале было начато осуществление двух различных экспериментальных проектов в двух районах с различными топографическими условиями, причем их целью является обеспечение интегрированного первичного медико-санитарного обслуживания на самом низком уровне. ВОЗ и АМР оказали значительную помощь. Внешняя оценка показала, что система оказалась эффективной в обеспечении первичной медико-санитарной помощи в районах, где ликвидация малярии уже находится в стадии, предшествующей стадии поддержания. Необходимо еще проверить эту систему в высокогорных сельских районах. Запланировано, чтобы каждый поселковый муниципалитет имел минимально подготовленных работников здравоохранения для работы в деревне. Он считает целесообразным провести исследование системы обеспечения интегрированной первичной медико-санитарной помощи, которая существует в шести районах Непала.

Д-р МАФИАМБА (Объединенная Республика Камерун) говорит, что после того, как его страна завоевала независимость, население проявляет все большую заботу о состоянии своего здоровья. Целью трех пятилетних планов развития является достижение к 1980 г. всеобъемлющего охвата населения службами здравоохранения, но, несмотря на успехи, достигнутые в деле развития инфраструктуры здравоохранения как в городских, так и сельских районах, а также в деле подготовки персонала здравоохранения на местах, предстоит еще очень многое сделать. С помощью ВОЗ и ЮНИСЕФ начиная с 1966 г. были созданы четыре из шести запланированных экспериментальных показательных зон здравоохранения и было получено много ценного опыта в результате деятельности интегрированных служб здравоохранения.

Д-р О.А. HASSAN (Сомали) подчеркивает, что качество любого обслуживания зависит от склада ума людей, обеспечивающих это обслуживание, и от той подготовки, которую они получили. Если образ мышления врачей и другого персонала здравоохранения основывается на концепциях, которые были им привиты во время обучения за границей или которые исходят из какой-то формулы, заимствованной за границей, то формулирование политики в области здравоохранения на самом низком уровне представляется невозможным. Он предлагает попытаться сделать все возможное для того, чтобы переключить образ мышления и профессиональную подготовку персонала здравоохранения с ориентации на пациента на ориентацию на население в целом.

Д-р VIOLAKIS-PARASKEVAS (Греция) говорит, что опыт ее страны за последние 30 лет подтвердил тот факт, что не могут быть получены действенные результаты в области здравоохранения при отсутствии сети первичного здравоохранения, охватывающей всю страну, а также достаточного количества квалифицированного персонала здравоохранения. Первичное медико-санитарное обслуживание должно основываться на таких современных научных знаниях и технологии в области здравоохранения, которые можно с готовностью применить и которые должны быть увязаны с общественным развитием. Она полностью поддерживает проект резолюции, рекомендованный Специальным комитетом Исполкома, с поправкой, внесенной делегацией Румынии. Что касается резолюции, предложенной кубинской и другими делегациями, она предлагает заменить во второй строке пункта преамбулы слова, приведенные в скобках, словами "лечебной, профилактической и реабилитационной".

Проф. HONG DINH CAU (Демократическая Республика Вьетнам), давая высокую оценку качеству докладов, которые были представлены Комитету, выражает сожаление по поводу того, что некоторые делегации оказались настроенными несколько пессимистически и неуверенными в том, в каком направлении им следует предпринять деятельность. Проблема заключается скорее не в недостатке соответствующих технических средств, а в недостатке финансовых средств. Выступающий проводит сравнение между относительно низкими затратами на здравоохранение с огромными суммами, выделяемыми некоторыми странами на деятельность, направленную на разрушение природы и человеческой жизни. Решить данные проблемы можно скорее путем социальных, социально-политических и социально-медицинских реформ, а не благодаря достижениям чисто научного, медико-биологического характера. Для того чтобы проиллюстрировать свою точку зрения, он приводит в качестве примера опыт своей страны в деле подготовки работников первичного здравоохранения сразу же после революции 1945 г. В то время сеть здравоохранения в стране практически отсутствовала и правительство решило, что необходимо как можно скорее подготовить персонал здравоохранения для выполнения элементарных задач здравоохранения. Была мобилизована молодежь, умеющая читать и писать (90% населения было неграмотным), и они прошли двухнедельные курсы по вакцинации против оспы, оказанию первой помощи и санитарному просвещению населения в области индивидуальной и коллективной гигиены. Именно так было подготовлено первое ядро работников первичного здравоохранения. В настоящее время в стране насчитывается более 5 000 помощников врачей, прошедших двухгодичные курсы профессиональной подготовки, и более 400 полностью квалифицированных врачей.

Д-р CHANA (Помощник Генерального директора) говорит, что, поскольку в дискуссии участвовало 29 делегаций, будет трудно ответить на все вопросы индивидуально, однако он попытается дать несколько общих ответов. Многих делегатов, кажется, несколько смущает заглавие доклада Секретариата, а также вопрос взаимосвязи между национальными службами здравоохранения, первичным медико-санитарным обслуживанием и основными службами здравоохранения. Данное заглавие было выбрано потому, что в докладе освещается вопрос, касающийся всех национальных служб здравоохранения, в которых первичное медико-санитарное обслуживание является важной и неотъемлемой частью. Развивающиеся страны должны срочно подготовить персонал и разработать эффективную систему здравоохранения, которая обеспечит максимальный охват населения по возможности в короткие сроки. Некоторые делегаты подчеркивали тот факт, что системы медицинского обслуживания не могут быть экспортированы из развитых в развивающиеся страны и что каждая страна должна создать свою собственную систему. В силу этой причины в докладе не было сделано какой-либо ссылки на какую-либо конкретную модель или какую-либо конкретную страну. Для функционирования служб первичного здравоохранения предлагается подготовить местное население для выполнения конкретных задач. Это ни в коем случае не исключает идею подготовки врачей и медсестер, а также работников здравоохранения других категорий, так как понятно, что существуют определенные условия болезни, которые работники первичного здравоохранения не смогут хорошо вылечить и которые придется отнести к сфере деятельности более высококвалифицированного персонала. Службы здравоохранения должны рассматриваться как в количественном, так и в качественном аспектах. 80% населения развивающихся стран живет в сельской местности, и задача заключается в том, как наилучшим образом организовать обслуживание людей этих районов. Он согласен с теми делегатами, которые предлагали считать первоочередной задачей подготовку в короткий срок достаточного числа людей для того, чтобы обеспечить соответствующий охват населения, а затем дать им возможность продолжать обучение с целью повышения качества обслуживания. Никто не предлагает оставить работника первичного здравоохранения без помощи, каковой является дополнительная профессиональная подготовка, или без контроля за его деятельностью, который способствует повышению ее эффективности.

ВОЗ считает, что благодаря участию общественности можно в полной мере использовать местных врачей и другие общественные ресурсы. Однако еще не накоплен достаточный опыт, чтобы можно было сказать, что тот или иной метод общественного развития является лучше другого. Необходимо, чтобы работа в области здравоохранения включалась в рамки общего сельскохозяйственного развития, и по этой причине особое внимание уделяется межсекторальному аспекту развития служб здравоохранения. В некоторых случаях здравоохранение может и не являться первоочередной задачей в какой-то конкретной общине: необходимо определить, каковы наиболее срочные потребности. Очень часто на начальной стадии необходима помощь извне, но для достижения более широкого охвата населения конечной целью должна стать уверенность в своих силах, когда каждая община полагается на свои собственные ресурсы при осуществлении работы в области здравоохранения.

Некоторые делегаты подняли вопрос о том, каким образом должны осуществляться программы развития национальных служб здравоохранения и развития первичного медико-санитарного обслуживания. Он считает, что в прошлом, очевидно, было слишком много разговоров и мало действий и что существовало слишком большое число малых изолированных раздробленных проектов. Поэтому ВОЗ в настоящее время пытается, насколько это возможно, объединить все эти проекты в единые программы и заменить многочисленные вертикальные программы в области здравоохранения меньшим количеством горизонтальных программ, а это означает необходимость в работниках первичного здравоохранения с более широкой подготовкой. Для осуществления такой политики потребуется время, но то, что он имел в виду, видно на примере осуществления отдельных программ борьбы с малярией. В ряде стран члены бригад по борьбе с малярией, как только болезнь была взята под контроль, получили дальнейшую подготовку в области здравоохранения с тем, чтобы взять на себя выполнение задач работников здравоохранения широкого профиля. Такие изменения также явились стимулом для осуществления преобразований в самой организации, направленных на стирание граней между отделами и на более тесную координацию деятельности в штаб-квартире.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ объявляет, что рабочая группа, созданная с целью пересмотра двух проектов резолюций, представленных Комитету, закончила свою работу и составила единую резолюцию, которая сейчас готовится для распространения. Объявляется перерыв заседания, пока документ переводится.

Заседание прерывается в 13 ч. 20 м. и возобновляется в 14 ч. 15 м.

Д-р ВЕНЕДИКТОВ (Союз Советских Социалистических Республик) от имени д-ра ОРНА (Румыния), председателя рабочей группы, представляет пересмотренный проект резолюции следующего содержания:

Двадцать восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, рассмотрев доклад Генерального директора по вопросу о развитии национальных служб здравоохранения;

считая, что первичная медико-санитарная помощь как сфера первого контакта индивидуума с национальной системой здравоохранения должна являться неотъемлемой частью этой системы, быть тесно связанной с укладом жизни и потребностями населения, которому она предоставляется, и быть полностью интегрированной с другими секторами развития общества;

признавая насущную необходимость обеспечения первичной медико-санитарной (лечебно-профилактической и реабилитационной) помощью населения, недостаточно охваченного такой помощью;

подтверждая предыдущие резолюции и решения Ассамблеи здравоохранения (включая резолюции WNA20.53, WNA23.61, WNA25.17, WNA26.35, WNA26.43 и WNA27.44), в которых особо отмечается необходимость способствовать обеспечению и расширению эффективного всеобъемлющего медико-санитарного обслуживания с целью осуществления права всех людей на такое обслуживание;

подчеркивая, что такая первичная медико-санитарная помощь может наиболее эффективно предоставляться в рамках всеобъемлющей национальной системы здравоохранения, отвечающей условиям и потребностям каждой страны, с надлежащим учетом соответствующего опыта других стран,

1. БЛАГОДАРИТ Генерального директора за доклад, считая его важным шагом в направлении осуществления указанных резолюций;

2. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ государства-члены предпринять необходимые меры по разработке и осуществлению планов действий в области первичной медико-санитарной помощи, что позволит охватить все население всеобъемлющей системой медико-санитарного обслуживания;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

а) продолжать деятельность, уже предпринятую в соответствии с резолюцией EB55.R16, как это представлено в его докладе, полностью используя национальный и международный опыт в области первичной медико-санитарной помощи, а также все имеющиеся средства в рамках регулярного бюджета и вне его;

б) побуждать государства-члены к осуществлению подготовки и использованию персонала здравоохранения соответствующего профессионального уровня в рамках организационной структуры, обеспечивающей эффективную поддержку и руководство. Такой персонал должен в той мере, насколько это осуществимо, иметь возможность непрерывной подготовки с целью повышения своего уровня и профессиональной квалификации.

с) координировать и развивать научные исследования с целью улучшения систем первичной медико-санитарной помощи, распространять информацию о новых достижениях и опыте государств-членов и способствовать оценке этого опыта;

4. ПРЕДЛАГАЕТ ДАЛЕЕ Генеральному директору:

а) способствовать и помогать разработке мероприятий в области первичной медико-санитарной помощи при активном вовлечении различных социально-экономических секторов и посредством использования в качестве исходных таких видов деятельности, как планирование национального развития и мероприятия в области сельского и другого межсекторального развития;

б) продолжать консультации с государствами-членами, соответствующими национальными и международными учреждениями, имея в виду получение содействия при разработке расширенной долгосрочной программы в области первичной медико-санитарной помощи, включая технические и финансовые аспекты;

с) периодически представлять доклады о ходе работ Исполнительному комитету и Всемирной ассамблее здравоохранения;

5. СЧИТАЕТ желательным в связи с огромной важностью проблемы организации первичной медико-санитарной помощи в рамках всеобъемлющих национальных систем и служб здравоохранения созвать в самое ближайшее время под эгидой ВОЗ международное совещание или конференцию для обмена опытом по развитию системы первичной медико-санитарной помощи как части национальных служб здравоохранения и, в частности, по аспектам планирования и оценке; и

6. ПОРУЧАЕТ Исполнительному комитету рассмотреть на его Пятьдесят седьмой сессии и решить вопрос о дате, месте и конкретной программе такой конференции.

Выступающий полагает, что в пересмотренном варианте, который является текстом, согласованным рабочей группой, учтены замечания, сделанные в ходе обсуждения Комитетом этого вопроса. Во втором пункте преамбулы была сделана попытка дать определение первичному медицинскому обслуживанию как "сферы первого контакта индивидуума с национальной системой здравоохранения".

По его мнению, это определение, хотя и не является окончательным и все еще может быть улучшено, в дальнейшем позволит уяснить разницу между основными службами здравоохранения, национальными службами здравоохранения и т.д. Он также обращает внимание Комитета на два последних пункта резолюции, в которых говорится о созыве международной конференции по первичному медико-санитарному обслуживанию под эгидой ВОЗ.

Говоря от имени своей собственной делегации, он считает, что проект резолюции, предложенный кубинской и другими делегациями (включая делегацию его страны), был более определенным по форме выражения и более направленной в отношении мандата, который необходимо дать Генеральному директору. Возможно, она несколько тяжеловата с точки зрения языка, но, может быть, одна из последующих сессий Ассамблеи здравоохранения пожелает сохранить некоторые из содержащихся в ней пунктов.

Он надеется, что решение проблемы первичного медицинского обслуживания станет делом всей Организации, а не того или иного отдела.

Д-р WRIGHT (Нигер) сожалеет, что делегаты продолжают дискуссии, которую он считал оконченной.

Д-р SHRIVASTAV (Индия) говорит, что в проекте резолюции, кажется, нет никакого упоминания о вовлечении общественности в развитие первичных служб здравоохранения, а это важный вопрос, который был довольно подробно обсужден.

Д-р HOWARD (Соединенные Штаты Америки), выступая в качестве члена рабочей группы, говорит, что предполагалось, что данный вопрос отражен во втором пункте преамбулы.

Решение: резолюция принимается.

4. ПРОЕКТ ПЯТОГО ДОКЛАДА КОМИТЕТА А (документ A28/A/6)

По приглашению ПРЕДСЕДАТЕЛЯ д-р CHRISTENSEN (Секретарь) зачитывает проект пятого доклада Комитета А.

Решение: доклад принимается.

5. ЗАВЕРШЕНИЕ РАБОТЫ КОМИТЕТА А

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ, поблагодарив делегатов за оказанное содействие, говорит, что избрание ее на должность заместителя Председателя на настоящей сессии Ассамблеи здравоохранения, проходящей в Международный год женщины, продемонстрировало убеждение делегатов в том, что женщины играют существенную и важную роль в формировании судеб человечества. Надо отдать должное женщинам-пионерам во всем мире, которые прокладывали пути в области здравоохранения. В ее собственном регионе женщины полностью посвятили себя участию в осуществлении задач национального строительства, внося вклад в экономическое и социальное развитие их собственных стран и всего мира.

От имени Комитета д-р ВЕНЕДИКТОВ (Союз Советских Социалистических Республик) и д-р MICHEL (Франция) выражают свою признательность д-ру Davies за умелое руководство работой Комитета.

Заседание закрывается в 14 ч. 35 м.