

**АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ
СЛУЖБ В СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ
ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ**

Подготовил:

Николай Чулков

Объединенная инспекционная группа

Женева, 2011 год



Организация Объединенных Наций

**АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ
СЛУЖБ В СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ
ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ**

Подготовил:

Николай Чулков

Объединенная инспекционная группа



Организация Объединенных Наций, Женева, 2011 год

*Резюме***Анализ деятельности медицинских служб в системе Организации Объединенных Наций JIU/REP/2011/1**

Цель настоящего анализа того, каким образом в рамках всей системы Организации Объединенных Наций оказываются медицинские услуги, как осуществляются управление этим процессом, его поддержка и контроль за ним, заключается в том, чтобы предложить улучшения, которые позволят Организации Объединенных Наций выполнять свой долг по охране здоровья и обеспечению безопасности своих сотрудников. Это имеет особенно важное значение в контексте стратегического курса Организации Объединенных Наций на осуществление принципа мобильности и расширение своего присутствия на местах и в особой степени относится к сотрудникам, работающим в местах службы с трудными условиями.

В настоящем докладе рассматривается мандат Отдела медицинского обслуживания (ОМО) Организации Объединенных Наций и его директора, изложенный в документе ST/SGB/2004/8, и делается вывод о том, что в свете рекомендации Комитета высокого уровня по вопросам управления (КВУУ), посвященной вопросам безопасности и гигиены труда (БГТ), Генеральному секретарю следует пересмотреть мандат/роль ОМО. Одна из ключевых особенностей БГТ вообще и занимающихся вопросами БГТ медицинских служб в частности заключается в том, что такие службы должны сохранять независимость от других административных/организационных подразделений и подчиняться непосредственно главному административному должностному лицу или назначенному им/ею представителю. Это означает, что медицинские службы, занимающиеся обеспечением БГТ и тесно взаимодействующие с отделами людских ресурсов, не должны находиться в их прямом подчинении.

Принятие организациями системы Организации Объединенных Наций на вооружение соответствующей политики по вопросам БГТ будет означать смену парадигмы медицинского обслуживания. Это позволит также эффективнее расходовать имеющиеся средства. Акцент теперь будет перенесен с лечения на профилактику. Как заявил один бывший Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций, "...самое ценное достояние нашей Организации – ее сотрудники, и относиться к ним нужно соответственно".

В докладе говорится о медицинских службах и программах в местах размещения штаб-квартир организаций, но основное внимание в нем уделяется медицинскому обслуживанию на местах, поскольку его состояние оценивается как неудовлетворительное. В нем приводится описание функций, выполняемых соответствующими поставщиками медицинских услуг, и их взаимодействия с ОМО, Рабочей группой директоров пунктов медицинского обслуживания Организации Объединенных Наций (РГДМП ООН) и Департаментом охраны и безопасности Организации Объединенных Наций (ДОБОУН) и указывается на необходимость общего улучшения координации деятельности медицинских служб в масштабах всей системы. При этом затрагивается вопрос о подотчетности медицинских служб на местах: хотя ОМО призван осуществлять за ними "технический надзор", на практике он никак не участвует ни в составлении бюджетов и планов работы местных служб, ни в процессе организации надлежащего оказания медицинских услуг другими поставщиками. Кроме того, амбулаторные пункты Организации Объединенных Наций в настоящее время находятся под "управлением" соответствующих

представителей-резидентов и/или страновых групп на основании проекта круга ведения, подготовленного Программой развития Организации Объединенных Наций (ПРООН). Подобная децентрализация мешает обеспечению подотчетности и затрудняет преодоление разногласий между различными учреждениями – пользователями соответствующих услуг относительно распределения расходов.

В докладе приводится обзор существующих общесистемных и межучрежденческих органов, осуществляющих координацию и/или сотрудничество в области медицинского обслуживания и БГТ. Доклад завершается призывом к тому, чтобы в целях содействия успешному осуществлению политики по вопросам БГТ и более эффективной координации создать общесистемную сеть по вопросам БГТ (включающую в себя медицинские службы, но не только их) по аналогии с Межучрежденческой сетью по вопросам обеспечения безопасности (МСОБ). Предлагаемый новый координационный орган обеспечивал бы контроль за осуществлением политики, практики и процедур Организации Объединенных Наций в области БГТ и тем самым содействовал бы КВУУ в проведении всестороннего обзора структурных аспектов обеспечения безопасности и гигиены труда во всей Организации Объединенных Наций.

Хотя Организация Объединенных Наций уже затратила немалые средства на то, чтобы обеспечить различные звенья своей системы большим количеством медицинских кадров, ею до сих пор не созданы структуры, необходимые для управления этими ресурсами и контроля за их использованием на уровне современных стандартов здравоохранения.

Доклад содержит семь рекомендаций, из которых следующие две адресованы директивным органам.

Рекомендация 2

Директивным органам организаций системы Организации Объединенных Наций следует установить надлежащие стандарты в области безопасности и гигиены труда, принимая во внимание наметившиеся изменения в Минимальных оперативных стандартах охраны и безопасности и обеспечивая совместимость с этими изменениями.

Рекомендация 7

Генеральной Ассамблее следует поручить Генеральному секретарю создать Сеть Организации Объединенных Наций по вопросам безопасности и гигиены труда с конкретным кругом ведения, которую должен возглавить директором Отдела медицинского обслуживания Организации Объединенных Наций.

Содержание

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
Резюме		iii
Сокращения		vi
I. Введение	1–13	1
Методология	7–13	2
II. Безопасность и гигиена труда.....	14–26	3
Практическое обеспечение БГТ	22–26	5
III. Медицинские службы в системе Организации Объединенных Наций ...	27–76	9
A. Уровни должностей начальников медицинских служб	33–34	13
B. Медицинские карты сотрудников	35–37	14
C. Финансирование медицинских служб	38–40	15
D. Медицинское обслуживание на местах	41–48	16
E. Поставщики медицинских услуг на местах	49–68	19
– Отдел медицинского обслуживания Организации Объединенных Наций	50–55	20
– Терапевты Организации Объединенных Наций	56–59	22
– Департамент операций по поддержанию мира	60–61	23
– Поддержка медицинских служб: Департамент полевой поддержки	62–63	25
– Сектор по преодолению стресса от чрезвычайных происшествий	64–66	25
– Персонал медицинских служб Организации Объединенных Наций на местах	67–68	26
F. Отдаленные места службы.....	69–70	28
G. Пример Либерии.....	71–76	29
IV. Современное состояние общесистемной координации/сотрудничества медицинских служб.....	77–96	31
A. Рабочая группа директоров пунктов медицинского обслуживания Организации Объединенных Наций (РГДМП ООН)	77–82	31
B. Специализированная группа представителей персонала и консультантов по борьбе со стрессом в Организации Объединенных Наций (СГПКС)	83–86	32
C. Рабочая группа по проблеме стресса от чрезвычайных происшествий	87–89	33
D. "ООН проявляет заботу"	90–93	34
E. "ООН плюс"	94–96	35

V.	Переход к созданию общесистемного механизма координации и сотрудничества в области медицинского обслуживания/безопасности и гигиены труда	97–112	36
Приложения			
I.	Медицинские услуги и программы в местах расположения штаб-квартир (июнь 2010 года).....		42
II.	Примерный перечень услуг, которые должны оказываться в амбулаторных пунктах Организации Объединенных Наций на местах		43
III.	Описание медицинских учреждений Организации Объединенных Наций уровней 1–4		45
IV.	Основные функции секции медицинского обеспечения		48
V.	Обзор действий, которые необходимо предпринять участвующим организациям по рекомендациям ОИГ.....		50
Таблицы			
1.	Примерная структура программы обеспечения безопасности и гигиены труда в организации и ожидаемые результаты ее осуществления		4
2.	Уровни должностей начальников медицинских служб (в штаб-квартирах) (июнь 2010 года).....		13
3.	Наличие медицинских карт сотрудников в электронном формате (июнь 2010 года).....		14

Сокращения

АКК	Административный комитет по координации
БАПОР	Ближневосточное агентство Организации Объединенных Наций для помощи палестинским беженцам и организации работ
БГТ	Техника безопасности и гигиена труда
ВМО	Всемирная метеорологическая организация
ВМЦ	Венский международный центр
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОИС	Всемирная организация интеллектуальной собственности
ВПП	Всемирная продовольственная программа
ВПС	Всемирный почтовый союз
ГМО	Группа медицинского обеспечения
ДОБОООН	Департамент по вопросам охраны и безопасности Организации Объединенных Наций
ДООН	Добровольцы Организации Объединенных Наций
ДОПМ	Департамент операций по поддержанию мира
ДПВ	Департамент по политическим вопросам
ДПП	Департамент полевой поддержки
ЕЭК	Европейская экономическая комиссия
ИКАО	Международная организация гражданской авиации
ИМО	Международная морская организация
ИПК	Имущество, принадлежащее контингенту
КВ	Круг ведения
КВУУ	Комитет высокого уровня по вопросам управления (КСР)
ККАБВ	Консультативный комитет по административным и бюджетным вопросам
КООНВБ	Координатор Организации Объединенных Наций по вопросам безопасности
КСР	Координационный совет руководителей системы Организации Объединенных Наций
МАГАТЭ	Международное агентство по атомной энергии
МБПБ	Медицинская бригада передового базирования

МОД	Меморандум о договоренности
МОМ	Международная организация по миграции
МООНЛ	Миссия Организации Объединенных Наций в Либерии
МОСБ	Минимальные оперативные стандарты охраны и безопасности
МОТ	Международная организация труда
МСОБ	Межучрежденческая сеть по вопросам обеспечения безопасности
МСЭ	Международный союз электросвязи
МСЭЗ	Межучрежденческая сеть по эксплуатации зданий
МТЦ	Международный торговый центр
МУТР	Международный уголовный трибунал по Руанде
ОДВЗЯИ	Организация Договора о всеобъемлющем запрещении ядерных испытаний
ОЗХО	Организация по запрещению химического оружия
ОИГ	Объединенная инспекционная группа системы Организации Объединенных Наций
ОМО	Отдел медицинского обслуживания
ОМТО	Отдел материально-технического обеспечения
ООН-Хабитат	Программа Организации Объединенных Наций по населенным пунктам
ПОР	Планирование общеорганизационных ресурсов
ППС	Программа помощи сотрудникам
ППТЖ	Первая помощь при травмах и жизнеобеспечение до госпитализации
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
ПС	Письмо-соглашение
РГДМП ООН	Рабочая группа директоров пунктов медицинского обслуживания Организации Объединенных Наций
РГСЧП	Рабочая группа по проблеме стресса от чрезвычайных происшествий
СГПКС	Специализированная группа представителей персонала и консультантов по борьбе со стрессом Организации Объединенных Наций
СЛР	Сеть по вопросам людских ресурсов
СМО	Секция медицинского обеспечения
СООНБГТ	Сеть Организации Объединенных Наций по технике безопасности и гигиене труда
СПВ	Страны, предоставляющие воинские контингенты
СПП	Страны, предоставляющие полицейские контингенты

СПСЧП	Сектор по преодолению последствий стресса от чрезвычайных происшествий
ССП	Секция специализированной поддержки
ТООН	Терапевты Организации Объединенных Наций
УВКБ	Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев
УПП	Управление планирования и поддержки
УСВН	Управление служб внутреннего надзора Организации Объединенных Наций
ФАО	Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций
ЦУООН	Центральные учреждения Организации Объединенных Наций
ЭКА	Экономическая комиссия для Африки
ЭКЛАК	Экономическая комиссия для Латинской Америки и Карибского бассейна
ЭСКАТО	Экономическая и социальная комиссия для Азии и Тихого океана
ЭСКЗА	Экономическая и социальная комиссия для Западной Азии
ЮНВТО	Всемирная туристская организация Объединенных Наций
ЮНЕП	Программа Организации Объединенных Наций по окружающей среде
ЮНЕСКО	Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры
ЮНИДО	Организация Объединенных Наций по промышленному развитию
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНКТАД	Конференция Организации Объединенных Наций по торговле и развитию
ЮНОВ	Отделение Организации Объединенных Наций в Вене
ЮНОГ	Отделение Организации Объединенных Наций в Женеве
ЮНОДК	Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности
ЮНОН	Отделение Организации Объединенных Наций в Найроби
ЮНСИК	Координационная система Организации Объединенных Наций по гриппу
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

I. Введение

1. В рамках программы своей работы на 2010 год Объединенная инспекционная группа (ОИГ) провела с февраля по ноябрь 2010 года "анализ деятельности медицинских служб в системе Организации Объединенных Наций", в основу которого были положены предложения, поступившие от Отдела медицинского обслуживания (ОМО) Управления людских ресурсов и от Управления служб внутреннего надзора (УСВН).
2. Цель настоящего анализа того, каким образом в рамках всей системы Организации Объединенных Наций оказываются медицинские услуги, как осуществляются управление этим процессом, его поддержка и контроль за ним, заключается в том, чтобы предложить улучшения, которые позволят Организации Объединенных Наций выполнять свой долг по охране здоровья и обеспечению безопасности своих сотрудников. Это имеет особенно важное значение в контексте стратегического курса Организации Объединенных Наций на осуществление принципа мобильности и расширение своего присутствия на местах и в особой степени относится к сотрудникам, работающим в местах службы с трудными условиями. Как заявил один бывший Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций, "... самым ценным достоянием нашей Организации являются ее сотрудники, и относиться к ним нужно соответственно"¹.
3. Настоящий доклад не охватывает ни вопросы медицинского страхования, проанализированные в одном из предыдущих докладов ОИГ², ни вопросы качества медико-санитарных (лечебных) услуг, предоставляемых медицинским персоналом Организации Объединенных Наций. В нем также не затрагивается тема отпусков по болезни, которой, по всей вероятности, будет посвящен один из предстоящих обзоров ОИГ, запланированный в соответствии с просьбой ряда организаций системы Организации Объединенных Наций.
4. В докладе будут более детально рассмотрены последствия решения Комитета высокого уровня по вопросам управления (КВУУ) Координационного совета руководителей (КСР) одобрить предложение Рабочей группы директоров пунктов медицинского обслуживания Организации Объединенных Наций (РГДМП ООН) о принятии политики по вопросам безопасности и гигиены труда (БГТ)³ и ее рекомендацию о том, чтобы такая политика была принята каждой отдельно взятой организацией⁴.
5. Принятие организациями системы Организации Объединенных Наций на вооружение политики по вопросам БГТ повлечет за собой смену парадигмы медицинского обслуживания, так как акцент теперь будет перенесен с лечения на профилактику⁵. В главе II говорится о том, что будет означать такая смена парадигмы, а в главе III приводится справочная информация о медицинских услугах, предоставляемых в настоящее время в местах размещения штаб-квартир и в периферийных местах службы, с учетом того, что предстоящие организаци-

¹ См. <http://www.un.org/News/Press/docs/2006/sgsm10705>.

² Охват медицинским страхованием сотрудников системы Организации Объединенных Наций (JIU/REP/2007/2).

³ Occupational Health and Safety Policy in the UN System, Submission of the UN Medical Directors Working Group, CEB/2010/HLCM/11, 11 February 2010.

⁴ Healthcare and its management in the United Nations system, CEB/2009/HLCM/32.

⁵ CEB/2010/3, пункт 77.

онно-административные преобразования несколько сужают рамки анализа существующей практики.

6. В главе IV доклада дается обзор общесистемных органов, которые в настоящее время осуществляют сотрудничество или координацию в вопросах охраны здоровья. В заключительной главе V говорится о необходимости создания общесистемного механизма обеспечения и контроля БГТ.

Методология

7. В соответствии с внутренними стандартами и руководящими принципами ОИГ методология, использовавшаяся при подготовке настоящего доклада, включала в себя подробную теоретическую проработку вопросов, анкетирование, проведение бесед и углубленного анализа.

8. Инспектором были проведены личные встречи, беседы в формате теле- и видеоконференций, а также поездки на места в целях посещения медицинских учреждений Организации Объединенных Наций, позволившие выяснить мнения многих медработников и сотрудников кадровых и финансовых департаментов организаций системы Организации Объединенных Наций в разных местах службы, а также организаций, входящих в состав РГДМП ООН. Инспектор посетил также медицинские учреждения, действующие по линии Департамента операций по поддержанию мира (ДОПМ) в Ливане и Либерии. На различных этапах анализа Инспектор тесно сотрудничал с членами руководящего комитета РГДМП ООН.

9. В ходе ежегодного совещания РГДМП ООН, проходившего в Международной организации труда (МОТ) в Женеве (Швейцария) в октябре 2010 года, Инспектору было предложено представить свои предварительные выводы на основе ответов, полученных на разосланную им анкету. После этого участники совещания подробно обсудили намеченные выводы и возможные рекомендации.

10. У всех организаций системы Организации Объединенных Наций и у организаций – членов РГДМП ООН, ответивших на вопросы анкеты, были запрошены замечания по проекту доклада, которые были учтены при его доработке.

11. В соответствии с пунктом 2 статьи 11 статута ОИГ настоящий доклад был доработан после консультаций между Инспекторами, с тем чтобы взвесить предлагаемые в нем выводы и рекомендации с учетом коллективного мнения Группы.

12. Для облегчения работы с докладом, а также выполнения содержащихся в нем рекомендаций и контроля за их выполнением в приложении V приводится таблица с указанием того, каким организациям этот доклад представляется для принятия мер, а каким – для сведения. В таблице выделяются те рекомендации, которые имеют актуальное значение для каждой организации, и указывается, требуется ли для их выполнения решение директивного или руководящего органа соответствующей организации или же меры по ним могут быть приняты исполнительным главой.

13. Инспектор хотел бы выразить свою признательность всем, кто оказал ему содействие в подготовке настоящего доклада, и в особенности тем, кто принял участие в беседах, ответил на вопросы анкеты и с готовностью поделился своими знаниями и опытом.

II. Безопасность и гигиена труда

14. В Конвенции МОТ о службах гигиены труда (№ 161) термин "службы гигиены труда" означает службы, на которые возложены в основном профилактические функции и ответственность за консультирование работодателя, работников и их представителей на предприятии по вопросам требований относительно создания и поддержания безопасной и здоровой производственной среды, которая будет содействовать оптимальному физическому и психическому здоровью в связи с трудовым процессом, а также приспособления трудовых процессов к способностям работников с учетом состояния их физического и психического здоровья (статья 1).

15. Порядок оказания таких услуг по охране здоровья обычно определяется в документе с изложением политики организации в области безопасности и гигиены труда (БГТ), составляемом административным главой организации. Такая политика, изложенная в письменной форме, задает рамки для эффективного осуществления программы БГТ. Политика по вопросам БГТ должна содержать краткое определение соответствующих задач и положения о выделении конкретных ресурсов на охрану здоровья и обеспечение безопасности трудового процесса. Эта политика должна обновляться на регулярной основе.

16. Порядок осуществления политики в области БГТ обычно закрепляется в соответствующем руководстве (административной инструкции). Хотя содержание и структура таких документов могут быть различными в разных организациях, в них присутствуют общие элементы, перечисленные ниже.

17. *Ответственность и подотчетность.* Ответственность за БГТ несут все сотрудники организации, наделенные административными полномочиями, начиная с высшего эшелона и до низового управленческого уровня. Сотрудники обязаны соблюдать установленные организацией правила гигиены труда и техники безопасности и участвовать в осуществлении политики и мероприятий в области БГТ. Следует отметить, что ответственность за здоровье и безопасность персонала возлагается **не** на медицинскую службу и **не** на подразделение, занимающееся вопросами БГТ. Эти службы и другие сотрудники, специализирующиеся в области БГТ, лишь помогают администрации в исполнении ее долга и обязанности заботиться о здоровье и безопасности сотрудников.

18. *Управление рисками.* Под этим понимается процесс выявления опасностей, угрожающих сотрудникам на рабочем месте, анализа связанного с этим риска, а также разработки и осуществления стратегий его устранения или уменьшения. Хотя принятие эффективных мер в чрезвычайных ситуациях является важной составляющей усилий по управлению рисками и позволяет смягчить последствия профессиональных травм, расстройств, заболеваний и несчастных случаев, этому в обязательном порядке должны предшествовать меры, призванные изначально не допустить возникновения подобных ситуаций.

19. *Надзорный орган по БГТ.* Лучший способ обеспечить эффективное осуществление политики организации в области БГТ заключается в формировании комитета по БГТ – представительной группы сотрудников с четко определенным мандатом и документально подтвержденными обязанностями. В состав такого комитета должны входить как минимум представители персонала, представители медицинских и консультационных служб, занимающихся вопросами БГТ, представители службы людских ресурсов, представители руководства соответствующих подразделений и служб, представители бюро медицинского страхования и служб безопасности.

С тем чтобы продемонстрировать значение, придаваемое вопросам БГТ старшим руководством, председательство в этом комитете и надзор за его работой следует поручить заместителю главного административного должностного лица организации или его/ее представителю.

20. *Подготовка кадров.* Успешное осуществление программы БГТ подразумевает, что как руководители, так и сотрудники, и в первую очередь члены комитета по БГТ, должны проходить подготовку (причем на постоянной основе), позволяющую им лучше понять свою роль, ответственность и те действия, которые они должны предпринимать для достижения целей в области БГТ.

21. Все сотрудники должны быть осведомлены о потенциальных рисках, которым они подвергаются на рабочем месте, и о мерах, принимаемых для сведения этих рисков к минимуму. Что еще более важно, они должны быть проинформированы о том, какие службы БГТ имеются в их распоряжении, а также о том, что могут и чего не могут обеспечить эти службы. Результаты, которых ожидают от различных компонентов этих служб, перечислены в таблице 1 ниже. Фактический объем соответствующих услуг в области БГТ зависит от характера рисков, с которыми связана работа каждой организации.

Таблица 1

Примерная структура программы обеспечения безопасности и гигиены труда в организации и ожидаемые результаты ее осуществления⁶

<p>Руководство/управление:</p> <ul style="list-style-type: none"> • общеорганизационная приверженность; • инновации и управление преобразованиями; • системы информирования по вопросам охраны здоровья; • оценка и повышение качества программ; • системы защиты личной информации, охраны врачебной тайны, обработки и хранения медицинской документации; • систематическое проведение исследований, сбор статистических и эпидемиологических данных. <p>Охрана здоровья работников:</p> <ul style="list-style-type: none"> • медицинское освидетельствование работников (перед приемом на работу/назначением на должность, наблюдение за состоянием здоровья, в том числе после перенесенного заболевания или травмы, оценка годности к выполнению служебных обязанностей, независимые медицинские обследования); • профилактика и помощь при профессиональных травмах и заболеваниях; • профилактика и помощь при травмах и заболеваниях, не связанных с выполнением служебных обязанностей (в зависимости от возможностей местной системы здравоохранения); • охрана здоровья во время поездок и профилактика инфекционных болезней;

⁶ Occupational Health and Safety Policy in the UN System, Submission of the UN Medical Directors Working Group, annex 1, СЕВ/2010/HLСМ/11, 11 February 2010.

- психиатрическая и психологическая помощь/помощь при наркозависимости, токсикомании и алкоголизме;
- профилактические осмотры и услуги по профилактике заболеваний.

Здоровые условия труда:

- оценка факторов, угрожающих здоровью работников, санитарное инспектирование и принятие мер по оздоровлению условий труда;
- информирование о внешних факторах, создающих опасность для здоровья;
- обеспечение индивидуальными средствами защиты (если воздействие вредных факторов неизбежно);
- токсикологические оценки;
- программы охраны окружающей среды;
- готовность к чрезвычайным ситуациям, планирование преемственности в работе и предотвращение срывов;
- здоровая организация (программы укрепления здоровья);
- вопросы выплаты медицинских пособий;
- комплексные меры по охране здоровья и повышению производительности.

Практическое обеспечение БГТ

22. Хотя политика в области БГТ имеется у целого ряда организаций (см. диаграмму 1 ниже), Инспектор хотел бы особо отметить Продовольственную и сельскохозяйственную организацию Объединенных Наций (ФАО) и Организацию по запрещению химического оружия (ОЗХО) в качестве организаций, которые обеспечили перечисленные выше основные элементы БГТ⁷. В отличие от этих организаций, МОТ в опубликованных ею положениях о БГТ не указывает на личную ответственность Генерального директора за эти вопросы; вместо него такая ответственность возлагается на Канцелярию Генерального директора; при этом ресурсы на нужды БГТ выделяются не прямо, а "в рамках положений программы и бюджета"⁸. Во Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) недавно утверждена политика по вопросам БГТ, в которой, по мнению Инспектора, отражены ключевые аспекты вышеупомянутых основных элементов. Однако Генеральный директор данной организации не принимает на себя прямую ответственность в этом отношении; она возлагается на сотрудников, наделенных управленческими и руководящими функциями⁹.

23. Как бы то ни было, Инспектор отмечает, что многие организации/структуры в настоящее время находятся в процессе разработки и принятия политики в области БГТ и назначают координаторов для продвижения этого процесса. Некоторыми из них уже проведена реструктуризация медицинских служб, позволяющая оказывать услуги по обеспечению безопасности и гигиены труда сотрудникам штаб-квартир и некоторых отделений на местах. Таким об-

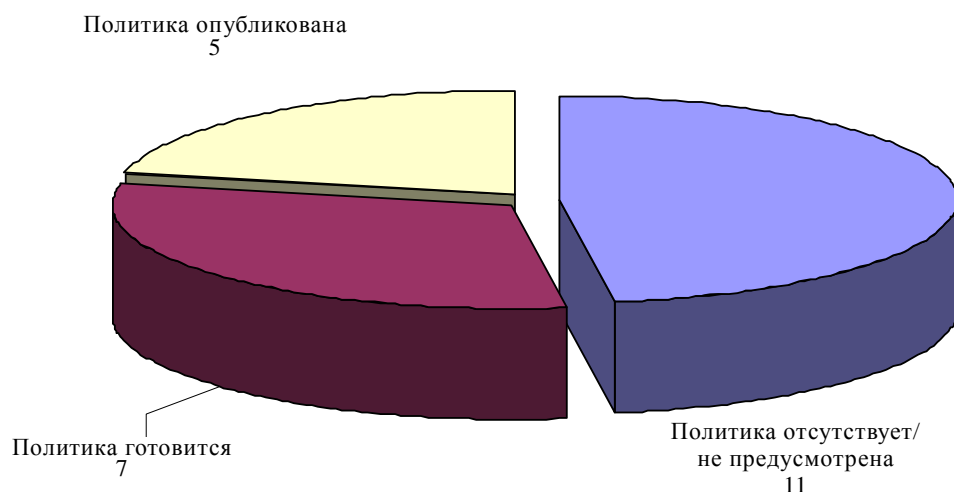
⁷ FAO Occupational Safety and Health Policy (будет опубликована в 2011 году); Политика ОЗХО в области охраны здоровья и безопасности, 14 мая 1997 года (C-1/DEC.8).

⁸ ILO, Director-General's announcement, IODS number 48 (version 1), 11 November 2008.

⁹ WHO, Occupational Safety and Health policy, para 8.

разом, уже имеются прецеденты и передовой опыт, которыми могут воспользоваться другие организации.

Диаграмма 1
Количество организаций/структур, опубликовавших свою политику в области БГТ (по состоянию на март 2011 года)



Примечание: Политика опубликована: ФАО, ИМО, ОЗХО, ВОЗ, Всемирный Банк.
 Политика готовится: ЭСКЗА, МОТ, МОМ, ЮНЕСКО, УВКБ, ЦУООН, ЮНВТО.
 Политика отсутствует: ЭКА, ЭКЛАК, ЭСКАТО, МАГАТЭ, ИКАО, МУТР, ЮНОГ, ЮНОН, БАПОР, ВПС, ВПП.

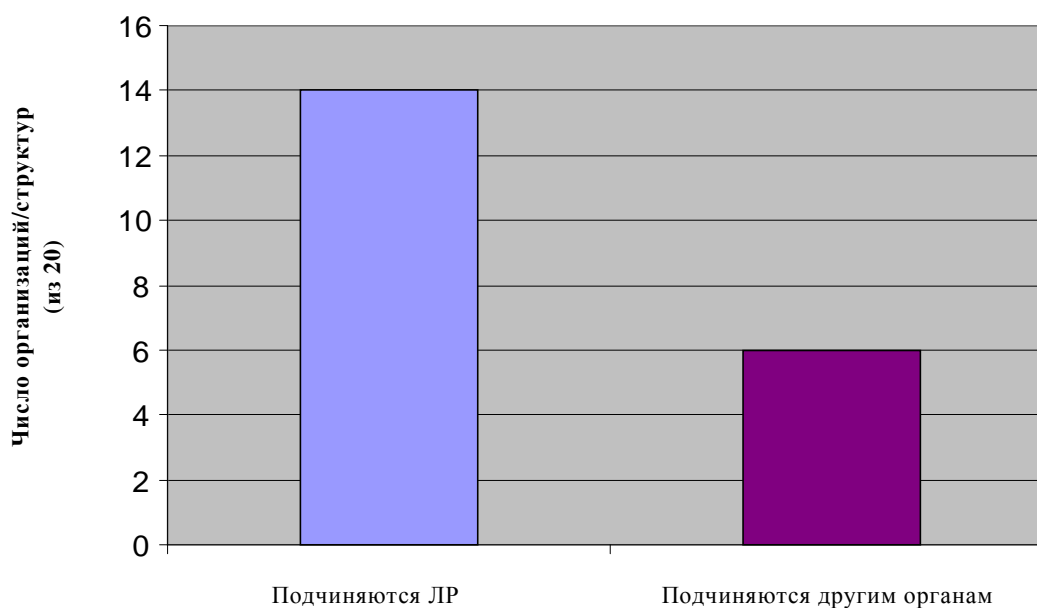
Источник: Ответы организаций на анкету, разосланную Инспектором.

24. Одной из ключевых особенностей БГТ вообще и занимающихся вопросами БГТ медицинских служб в частности является то, что такие службы должны сохранять независимость от других административных/организационных подразделений и подчиняться непосредственно главному административному должностному лицу или назначенному им/ею представителю в канцелярии главного административного должностного лица. Это означает, что медицинские службы, занимающиеся вопросами БГТ и работающие в тесном взаимодействии с отделами людских ресурсов, не должны находиться в их прямом подчинении. Так уже обстоит дело в некоторых организациях (разбивку см. на диаграмме 2), где медицинские службы подотчетны административному главе или исполнительной канцелярии. Хотя фактический порядок подотчетности может свидетельствовать о независимости этих служб от административных/организационных подразделений, такую независимость лучше закрепить в договорной форме, посредством официальных правовых положений. Следует отметить, что в прошлом Медицинская служба Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке подчинялась Административной канцелярии Генерального секретаря (см. SGB 97/Rev.1 (1 января 1955 года) и 97/Amend.2 (6 октября 1955 года)); при этом она рассматривалась как "независимая служба, подотчетная Генеральному секретарю через Административную канцелярию". В 1959 году в связи с временным изменением обстоятельств Медицинская

служба была передана в ведение Управления людских ресурсов, где и остается по сей день¹⁰.

Диаграмма 2

Порядок подчиненности медицинских служб в организациях/структурах (на уровне штаб-квартир) (июнь 2010 года)



Примечание: Подчиняются ЛР: ЭСКАТО, ЭСКЗА, МАГАТЭ, ИКАО, МОТ, ИМО, ЦУООН, ЮНЕСКО, УВКБ, ЮНОГ, ЮНОН, ВПП, ВОЗ, Всемирный Банк. Подчиняются другим органам: ЭКА, ЭКЛАК, ФАО, МУТР, МОМ, ОЗХО.

Источник: Ответы организаций на анкету, разосланную Инспектором.

25. Успешное осуществление политики в области БГТ позволит также эффективнее расходовать имеющиеся средства. Например, основная часть медицинских расходов Сектора техники безопасности и гигиены труда ОЗХО связана с направлениями в лечебные учреждения для проведения обследований, лабораторных (анализ крови) или рентгеноскопических исследований. На каждом из этих участков принятая политика проводится в жизнь постепенно, с оценкой результатов на основе собранных фактов. Решения о добавлении, свертывании или изменении тех или иных аспектов каждого направления работы принимаются на основе сопоставления с выверенными статистическими эталонами. На сегодняшний день это уже позволило сократить расходы на проведение лабораторных анализов на 26%, а расходы на рентгеноскопические исследования – на 90%. Пересмотренные руководящие принципы клинического обследования, которые предстоит принять в 2011 году, должны обеспечить 30-процентное сокращение всех расходов на медицинское освидетельствование лиц, принимае-

¹⁰ Internal Memorandum to Joseph E. Connor, Under-Secretary-General, Department of Administration and Management, from Ingrid Laux, Director, Medical and Employment Assistance Division, Office of Human Resources Management, 4 March 1996.

мых на работу¹¹. Наряду с финансовой экономией данный подход позволяет также высвободить значительную часть рабочего времени сотрудников для реализации более современных стратегий, доказавших свою результативность, – таких как оказание активной индивидуализированной помощи и расширенные программы содействия ускоренному возвращению на работу после временной потери трудоспособности. Со временем это приводит к косвенной экономии средств благодаря сокращению продолжительности отсутствия сотрудников по болезни и нетрудоспособности, что в свою очередь сулит значительные выгоды в более долгосрочной перспективе, включая более экономное расходование финансовых ресурсов, а также упразднение или изменение тех или иных аспектов каждого направления работы.

26. Повышению эффективности способствовало бы выполнение рекомендаций, изложенных ниже.

Рекомендация 1

Исполнительным главам организаций системы Организации Объединенных Наций следует назначить в своих организациях координаторов для содействия разработке и осуществлению необходимой политики и процедур в области безопасности и гигиены труда и безотлагательно представить такую политику и процедуры на утверждение директивным органам этих организаций.

Рекомендация 2

Директивным органам организаций системы Организации Объединенных Наций следует установить надлежащие стандарты в области безопасности и гигиены труда, принимая во внимание появившиеся изменения в Минимальных оперативных стандартах охраны и безопасности и обеспечивая совместимость с этими изменениями.

¹¹ Источник: Сектор техники безопасности и трудовой гигиены ОЗХО.

III. Медицинские службы в системе Организации Объединенных Наций

27. Директор Отдела медицинского обслуживания (ОМО) координирует на общесистемном уровне применение медицинских норм Организации Объединенных Наций и проведение ее политики в области охраны здоровья, занимается решением связанных с медициной вопросов, возникающих во всех местах службы, и обеспечивает доступ персонала к осуществляемым в его интересах программам. Директор подчиняется помощнику Генерального секретаря по людским ресурсам. Он/она выступает в роли медицинского советника по проблемам, относящимся к ведению Консультативного совета по вопросам компенсации, и является назначенным медицинским консультантом Правления Объединенного пенсионного фонда персонала Организации Объединенных Наций¹².

28. В число основных функций ОМО входят¹³:

- принятие мер для обеспечения физического и психического здоровья персонала во всех местах службы и оказание администрации консультационной помощи в вопросах, касающихся пособий и льгот сотрудников;
- формулирование и пересмотр медицинских норм, политики и руководящих принципов Организации Объединенных Наций, обеспечение координации их соблюдения в рамках всей системы и осуществление соответствующего контроля;
- подготовка, обновление и согласование бюллетеней медико-санитарной информации для персонала системы Организации Объединенных Наций, включая информацию о мерах предосторожности при поездках, медицинских обследованиях до и после поездок, необходимых консультациях и прививках, а также распространение просветительских материалов, посвященных здоровому образу жизни, и комплектов материалов для отправляющихся в поездки;
- содействие созданию здоровых и безопасных условий и благожелательной обстановки на работе на основе стратегий и руководящих принципов охраны здоровья, оздоровительных программ, всеобъемлющих планов обеспечения готовности к медицинским чрезвычайным ситуациям, а также координация осуществления медицинской стратегии в отношении ВИЧ/СПИДа в рамках всей системы;
- проведение медицинских освидетельствований сотрудников во всех местах службы, военных наблюдателей и гражданских полицейских наблюдателей при приеме на службу, новых назначениях и направлении в миссии;
- проверка и заверение отпусков по болезни сотрудников во всех местах службы;
- классификация по степени опасности для здоровья всех мест службы, охватываемых обследованиями Комиссии по международной гражданской службе;

¹² Бюллетень Генерального секретаря "Организационная структура Управления людских ресурсов" (ST/SGB/2004/8), пункты 7.1, 7.2 и 7.3.

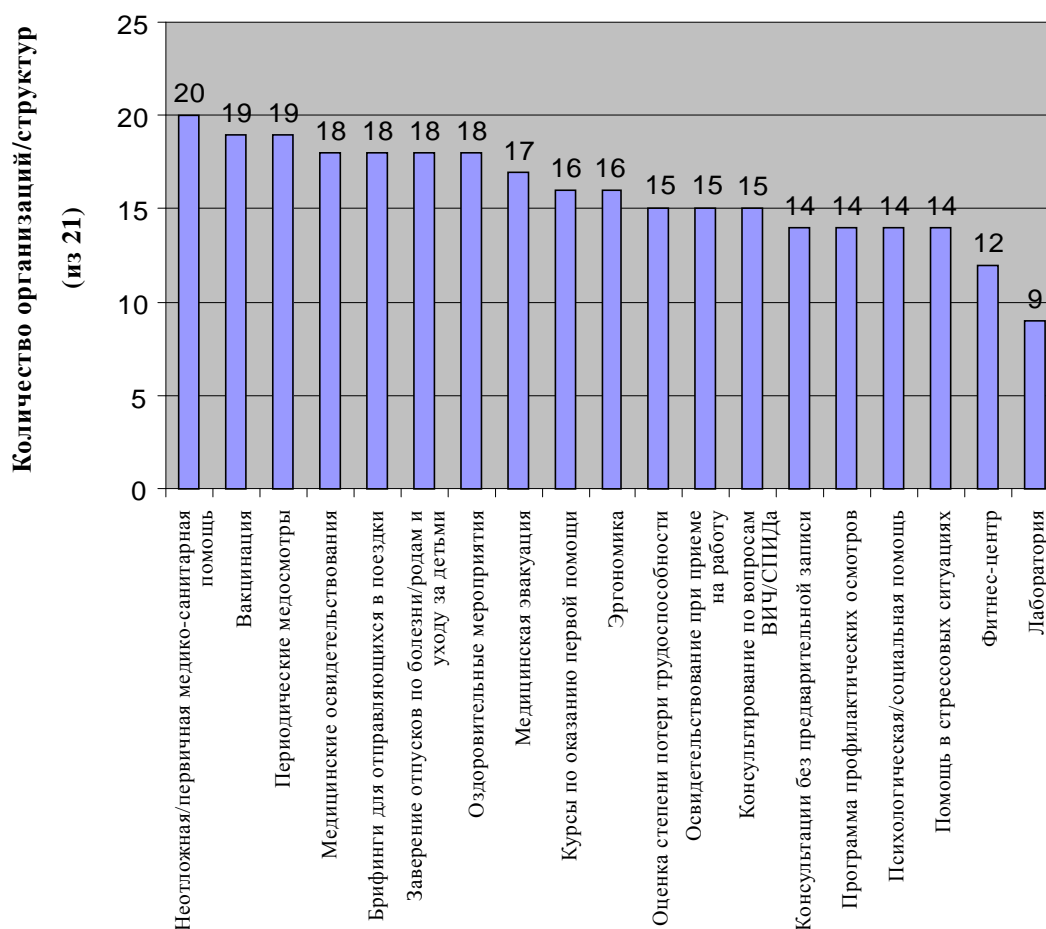
¹³ Там же, пункт 7.5.

- оказание психологической помощи в связи с назначениями в миссии, наркозависимостью, токсикоманией и алкоголизмом, а также обеспечение готовности к чрезвычайным ситуациям;
- консультирование сотрудников, а также военных наблюдателей, полицейских и военнослужащих, участвующих в ОПМ, по поводу получения пособий в связи с травмами и заболеваниями, возникшими в результате исполнения служебных обязанностей;
- обеспечение бесплатного медицинского обслуживания сотрудников всех постоянных представительств и миссий наблюдателей при Организации Объединенных Наций, а также посетителей и подрядчиков;
- медицинское обслуживание всего базирующегося в Нью-Йорке персонала системы Организации Объединенных Наций, включая:
 - медицинские обследования и консультации;
 - консультации и медицинскую помощь в связи с поездками;
 - прием пациентов без предварительной записи;
 - неотложную и первую медицинскую помощь;
 - направление к внешним врачам-специалистам или в больницы;
 - планирование, организацию и осуществление оздоровительных программ на местах.

Вышеприведенный перечень относится к услугам, оказываемым ОМО; список услуг по охране здоровья/обеспечению гигиены труда, оказываемых организациями/структурами в местах расположения их штаб-квартир, приведен на диаграмме 3 ниже¹⁴.

¹⁴ Подобный перечень услуг, предоставляемых в отдельных местах расположения штаб-квартир, см. в приложении I.

Диаграмма 3
Основные медицинские услуги и программы в местах расположения штаб-квартир (по состоянию на июнь 2010 года)



Источник: Ответы организаций на анкету, разосланную Инспектором.

29. В некоторых местах службы созданы собственные лаборатории, так как руководство сочло, что наличие таких лабораторий на месте сокращает издержки (по сравнению с использованием внешних поставщиков услуг) и создает удобства для сотрудников. Забота об удобствах и благополучии сотрудников также стала причиной создания фитнес-центров, представляющих собой показательный пример инициативы руководства и его стремления оказывать поддержку персоналу. Инспектор хотел бы отметить ряд дополнительных услуг, которые предоставляются в некоторых местах расположения штаб-квартир с незначительными или нулевыми затратами для соответствующей организации/учреждения и которые могут быть внедрены в других местах службы. Оказание этих услуг свидетельствует о стремлении организации/структуры найти подходящие способы повышения общего благополучия сотрудников. Например, в здании ФАО функционирует частная клиника, в которой ведут прием терапевт и физиотерапевт. В Вене сотрудники могут записаться на прием к частному врачу-гинекологу, один день в неделю ведущему прием в здании Венского международного центра (ВМЦ). В здании ВМЦ имеется также аптека, где сотрудники могут приобретать необходимые лекарства по рецептам. В некоторых организациях предоставляются также аппараты для самостоятельного измерения

кровенного давления. И наконец, Всемирный банк имеет специальный вебсайт по тематике здорового образа жизни и регулярно организует информационные мероприятия, посвященные различным медицинским темам¹⁵.

30. Большинство опрошенных организаций оказывают также своим сотрудникам помощь в решении проблем, связанных с их работой или личной жизнью и способных отрицательно сказаться на их профессиональной деятельности, состоянии здоровья и общем благополучии. Такая помощь обычно предоставляется силами самой организации через сотрудников по социальным и культурно-бытовым вопросам, консультантов персонала, консультантов по борьбе со стрессом, омбудсменов, сотрудников по вопросам этики или других лиц, занимающихся взаимоотношениями администрации и персонала, либо совместными усилиями ряда вышеперечисленных категорий лиц. Одновременно ее оказание может поручаться внешним подрядчикам, как это делается в случае Программы содействия персоналу (ПСП) в Международной организации гражданской авиации (ИКАО). В таких случаях роль и характер оказываемых подрядчиками услуг должны быть четко определены во избежание путаницы и/или недоразумений. Важное значение имеет и то, перед кем отчитываются такие подрядчики: в одних организациях (ЦУООН, ВОЗ, ФАО) консультанты персонала и консультанты по борьбе со стрессом подведомственны медицинским службам, а в других (составляющих большинство) они подотчетны отделам людских ресурсов или службам безопасности.

31. Помощь/поддержка может оказываться в решении широкого круга проблем, включая конфликты на службе, случаи травли или запугивания, наркозависимость, токсикоманию и алкоголизм, депрессию, истощение физических и моральных сил, поддержание правильного соотношения между работой и личной жизнью, одиночество/отчужденность, супружеские и семейные проблемы, проблемы, возникающие в связи с назначением на новое место работы, явления травматического стресса и вторичные психологические травмы, а также проблемы кадрового характера.

32. Вопрос о порядке подотчетности связан также с вопросом о конфиденциальности. Хотя деятельность консультантов, подотчетных медицинским службам, четко сегментирована и индивидуальные карты пациентов ведутся ими отдельно друг от друга – как, возможно, и в случаях, когда консультанты подотчетны кадровой службе или администрации, – главной проблемой здесь является проблема независимости. Иными словами, сотрудникам, оказывающим консультационные услуги, должны быть созданы условия, гарантирующие их профессиональную независимость и тем самым позволяющие им лучше удовлетворять нужды тех, кто к ним обращается. В этой связи Инспектор считает, что поставщики таких услуг не должны подчиняться ни медицинским службам, ни отделам людских ресурсов, ни службам безопасности, а должны быть подотчетны лишь руководителю подразделения по БГТ (см. главу II).

¹⁵ Подробнее о мерах, принимаемых организациями системы Организации Объединенных Наций в связи с поддержанием баланса между работой и личной жизнью, см. в докладе ОИГ "Межучрежденческая мобильность персонала и обеспечение баланса между работой и личной жизнью в организациях системы Организации Объединенных Наций" (JIU/REP/2010/8).

А. Уровни должностей начальников медицинских служб

33. Хотя директор ОМО занимает должность Д-2, должности руководителей других медицинских служб не находятся на сопоставимом уровне (см. таблицу 2 ниже). По мнению Инспектора, уровень должностей сотрудников, ведающих охраной здоровья персонала во всех звеньях системы Организации Объединенных Наций, должен быть приведен к единому знаменателю, адекватно отражающему степень ответственности, которая ежедневно ложится на их плечи, как на местах, так и в штаб-квартирах. Следует отметить, что некоторые начальники медицинских служб выражают недовольство должностным неравенством сотрудников, выполняющих одинаково ответственные функции в разных местах службы, особенно с учетом того, что некоторые из них несут ответственность не только за свою собственную, но и за другие организации.

Таблица 2

**Уровни должностей начальников медицинских служб (в штаб-квартирах)
(июнь 2010 года)**

<i>Организации/структуры</i>	<i>Уровень</i>
ЦУООН	Д2
ФАО	Д1
УВКБ	Д1
ВОЗ	Д1
МАГАТЭ	Д1
ЮНОГ	С5
ЮНОН	С5
МОТ	С5
ЮНЕСКО	С5
БАПОР	С5
ВПП (в составе ФАО)	С5
ЭКА	С5
ЭКЛАК	С4
ЭСКАТО	С4
ЭСКЗА	С4
МУТР	С4
ИКАО ¹	–
ИМО ²	–
Всемирный банк	Эквивалент Д2
ОЗХО	Д1
МОМ	С4

¹ Медицинская служба возглавляется консультантом.

² Медицинская служба возглавляется советником.

Источник: Ответы организаций на анкету, разосланную Инспектором.

34. В частности, уровень должностей начальников медицинских служб ЮНОГ и ЮНОН следует повысить до директорского, так как эти должности не только предполагают директивные полномочия и функциональную независимость от ОМО, но и связаны с ответственностью за оказание услуг многим международным организациям (на уровне штаб-квартир) в Женеве и Найроби при совместном покрытии соответствующих расходов. Инспектор считает также целесообразным реклассифицировать должности начальников медицинских служб региональных комиссий (ЭСКАТО, ЭСКЗА и ЭКЛАК) до уровня руководящих должностей старшего звена, а должности, финансируемые в настоящее время за счет внебюджетных средств, перевести на финансирование из регулярного бюджета до их реклассификации.

В. Медицинские карты сотрудников

35. В свете того значения, которое сегодня придается мобильности персонала в системе Организации Объединенных Наций и расширению ее присутствия на местах, равно как и по административным соображениям, необходимо обеспечить удобный доступ к медицинским картам сотрудников и возможность их передачи из одного места службы в другое. Помимо облегчения доступа, электронный формат хранения медицинских карт отвечает также современным требованиям в части обеспечения бесперебойного функционирования систем и их послеаварийного восстановления¹⁶. Количество организаций/структур, внедривших у себя эту практику, указано в таблице 3 ниже.

Таблица 3

Наличие медицинских карт сотрудников в электронном формате (июнь 2010 года)

	Организации/структуры	Итого
Есть	ЭКЛАК, ФАО, ЦУООН, ЮНОГ, ВПП, ВОЗ, Всемирный банк	7
Нет	ЭКА, ЭСКАТО, ЭКСЗА, МАГАТЭ, ИКАО, МУТР, МОТ, ИМО, МОМ, ОЗХО, ЮНЕСКО, УВКБ, ЮНОН, БАПОР, ЮНВТО, ВПС	16

Источник: Ответы организаций на анкету, разосланную Инспектором.

36. Инспектор отмечает, что для хранения медицинской документации в электронном формате организации/структуры используют различные программы, в том числе "EarthMed" в Центральном учреждениях Организации Объединенных Наций, "CHIMED/Préventiel" в ВОЗ и "Jasmine Web" в ЮНОГ. Хотя оптимальным представлялось бы повсеместное использование единой платформы, следует уважать право организаций на самостоятельный выбор программного обеспечения для обработки электронной документации. Однако такое программное обеспечение должно, насколько это возможно, быть совместимым в масштабах всей системы. В нем должна быть также предусмотрена возможность взаимодействия с системами планирования общеорганизационных ресурсов (ПОР) при надлежащей защите конфиденциальной медицинской информации.

¹⁶ См. A/RES/63/269, 7 мая 2009 года.

37. Распространению передового опыта способствовало бы выполнение рекомендации, изложенной ниже.

Рекомендация 3

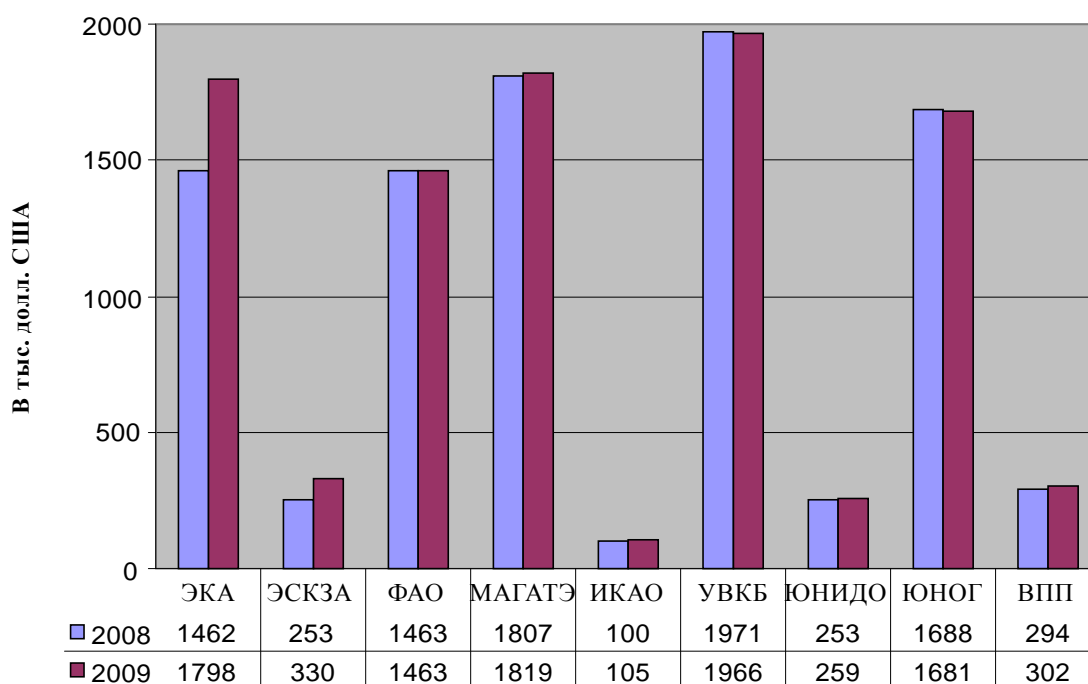
Исполнительным главам организаций системы Организации Объединенных Наций следует внедрить системы, позволяющие регистрировать и хранить медицинскую информацию о сотрудниках в электронном формате, если такие системы еще не внедрены.

С. Финансирование медицинских служб

38. Инспектор отмечает, что, как показали ответы на разосланную им анкету, в местах расположения штаб-квартир, как правило, имеются достаточные ресурсы для обеспечения надлежащего уровня медицинского обслуживания. Всеми организациями/структурами либо сохранен, либо увеличен объем ассигнований на эти цели (за счет регулярного бюджета, внебюджетных источников или страхового компонента). На диаграмме 4 ниже приведены данные о ресурсах, выделяемых медицинским службам в ряде организаций/учреждений.

Диаграмма 4

Бюджеты медицинских служб в отдельных организациях/учреждениях (штаб-квартиры), 2008–2009 годы



Источник: Ответы организаций на анкету, разосланную Инспектором.

39. В то же время некоторые организации/структуры (в частности, ЭКА, ЭКЛАК, ЭСКАТО, МАГАТЭ, МОТ, ОМО, ЮНИСЕФ, УВКБ, ВПП и ВОЗ) в своих ответах на предложенную Инспектором анкету отметили нехватку ресурсов, например для следующих целей:

- наем дополнительных медицинских работников, включая консультантов персонала, для более эффективного оказания услуг;
- повышение квалификации работников медицинских служб;
- поддержка оздоровительных программ в штаб-квартирах и на местах;
- создание базы данных и статистический анализ выполняемой работы;
- реагирование на чрезвычайные ситуации в случае вспышки пандемии в стране;
- создание "спутниковой клиники" в Сомалийском регионе;
- обеспечение других регионов передвижными клиниками (базирующимися в Аддис-Абебе).

40. Количественные данные о финансировании медицинских услуг, оказываемых через амбулаторные пункты, получить не удалось, так как ПРООН не отреагировала на предложенную Инспектором анкету, а ОМО подобной информацией не располагает. Однако, поскольку каждый амбулаторный пункт финансируется на основе совместного покрытия расходов, ответственность за такое финансирование несут коллективно все организации, персонал которых пользуется соответствующими услугами. То обстоятельство, что для их оказания привлекаются в основном добровольцы Организации Объединенных Наций (см. диаграммы 6 и 7), возможно, свидетельствует о стремлении свести к минимуму расходы на медицинское обслуживание и обеспечение безопасности и гигиены труда.

D. Медицинское обслуживание на местах

41. Сотрудники Организации Объединенных Наций все чаще направляются на работу в периферийные места службы, в том числе во многие районы, где медико-санитарная инфраструктура еще недостаточно развита. Такие назначения сопряжены с повышенным риском для здоровья и жизни, о чем свидетельствуют недавние нападения на служебные помещения Организации Объединенных Наций (в Багдаде, Алжире и Афганистане), и с опасностью стихийных бедствий (как, например, в Гаити)¹⁷.

42. На своем ежегодном совещании в Женеве в 2010 году члены РГДМП ООН прямо высказали Инспектору свою обеспокоенность по поводу неудовлетворительного уровня медицинского обслуживания на местах на фоне в целом благополучного положения дел в штаб-квартирах: "Факт состоит в том, что сотрудники штаб-квартир имеют в местах своего проживания доступ к медицинским услугам мирового класса, тогда как сотрудники, работающие на местах, нередко подвергаются риску в отсутствие удовлетворительной медико-санитарной инфраструктуры, в том числе в Организации Объединенных Наций"¹⁸. Аналогичные мнения высказывались участвующими в ОИГ организа-

¹⁷ А/65/305, 2 сентября 2010 года, пункт 140.

¹⁸ Краткое содержание прений по докладу ОИГ на ежегодном совещании РГДМП ООН, октябрь 2010 года.

циями/структурами и ассоциациями персонала в ответах на разосланную Инспектором анкету, а также в ходе встреч с заинтересованными сторонами.

43. Помимо объектов, развернутых странами, предоставляющими воинские контингенты в рамках миротворческих миссий, у Организации Объединенных Наций в настоящее время имеется 121 медицинское учреждение на местах (включая амбулаторные пункты и гражданские клиники, используемые в ходе операций по поддержанию мира). В этих полевых медицинских центрах в настоящее время работают 166 врачей, 197 медсестер и аналогичное количество вспомогательного персонала, которые наняты Организацией Объединенных Наций¹⁹. Считается, что амбулаторный пункт должен предоставлять первичное медицинское обслуживание и услуги в области безопасности и гигиены труда (перечень услуг см. в приложении II) достаточному количеству (не менее 200) сотрудников системы Организации Объединенных Наций, нанятых на международной и местной основе, а также их признанных иждивенцев в условиях, когда уровень медицинских услуг, доступных на месте, считается неудовлетворительным²⁰. Однако, если ситуация в области здравоохранения в той или иной стране приобретает чрезвычайный характер, то директор Отдела медицинского обслуживания Организации Объединенных Наций может, проконсультировавшись с начальниками других медицинских служб системы Организации Объединенных Наций, рекомендовать создание в этой стране амбулаторного пункта²¹. Такая рекомендация представляется соответствующему координатору-резиденту/представителю-резиденту, который затем обращается с соответствующим предложением к учреждениям Организации Объединенных Наций, которых это касается, для получения их согласия.

44. Хотя ОМО оказывает этим медицинским центрам поддержку в форме технического надзора за работой их медперсонала, повседневное управление/административное обеспечение их деятельности обычно входит в обязанности страновых групп, а личную ответственность за данный участок в целом несет либо координатор-резидент, либо специальный представитель Генерального секретаря. Следовательно, механизмы управления и подотчетности, обеспечивающие функционирование клиник и амбулаторных пунктов Организации Объединенных Наций на местах, следует в неотложном порядке уточнить и довести до всеобщего сведения, определив соответствующий круг ведения (КР) с учетом тех услуг, которые они должны централизованно оказывать различным учреждениям. Инспектору было сообщено, что на сегодняшний день такие клиники создаются и управляются в соответствии с проектом КР, составленным ПРООН²². Следует в ускоренном порядке преодолеть трудности, возникающие в связи с обеспечением полевых медицинских учреждений Организации Объединенных Наций, в частности амбулаторных пунктов Организации Объединенных Наций, необходимыми ресурсами, учитывая характер услуг, которые они должны оказывать в нелегких условиях и зачастую в труднодоступных районах. Эти обстоятельства следует принять во внимание при составлении окончательного варианта вышеупомянутого КР.

45. Департамент полевой поддержки (ДПП) обратил внимание Инспектора на проблемы, с которыми он сталкивается, пытаясь предоставить другим структурам Организации Объединенных Наций на местах доступ к своим медицинским учреждениям. В рамках ДПП медицинские учреждения создаются исходя из

¹⁹ A/65/305, 2 сентября 2010 года, пункт 141.

²⁰ UN Dispensaries Draft, UNDP Office of Human Resources Bureau of Management, 2009.

²¹ Ibid., para 11 (b).

²² См. Guideline for Provision of Field Health Services.

конкретных бюджетных установок и оперативных нужд; при этом не обязательно учитываются потребности других структур Организации Объединенных Наций, развертываемых на местах практически без всякого медицинского обеспечения. Учитывая длительное время, которое требуется для выработки меморандумов о договоренности (МОД) с местными властями об оказании таких услуг в полевых условиях, что отчасти связано с трудностями при определении порядка возмещения расходов и согласовании бюджетных статей, штаб-квартиры некоторых из этих организаций совместно с ДПП ведут разработку единого МОД о централизованном оказании таких услуг сотрудникам на местах. ДПП вполне мог бы взять на себя инициативу в отношении медицинской составляющей этого МОД и предоставить вышеупомянутым организациям необходимую медицинскую, оперативную и логистическую поддержку. Для этого ДПП потребуются ресурсы, достаточные для обеспечения потребностей всех структур Организации Объединенных Наций на местах. Непосредственными преимуществами такого подхода являются согласованные критерии определения возможностей и ресурсов в сфере медицинского обслуживания, имеющихся на местах, совместное использование ресурсов с сопутствующими этому экономией и ростом эффективности, а также возможность передачи ресурсов одними организациями другим.

46. ВОЗ сообщила Инспектору, что после децентрализации функций управления амбулаторными пунктами и передачи их на страновой уровень (представителям-резидентам и/или страновым группам) на условиях совместного несения расходов различными учреждениями возникла неуправляемая система, при которой никто фактически не несет никаких обязанностей и ни за что не отвечает; по поводу распределения затрат начали возникать споры между различными учреждениями. В прошлом, когда управленческие функции централизованно осуществляла ПРООН на уровне ЦУООН, закупки для амбулаторных пунктов производились на глобальной основе через ВОЗ. После децентрализации ВОЗ перестала получать регулярную плату за товары, заказанные авансом, что стало одной из причин ее отказа от данной практики²³.

47. Аналогичная обеспокоенность была выражена Межучрежденческой сетью по вопросам обеспечения безопасности (МСОБ) по поводу ограниченности ресурсов, имеющихся в системе Организации Объединенных Наций для управления деятельностью медицинских служб на местах, ее поддержки и контроля. В связи с этим МСОБ с удовлетворением отметила и поддержала "усилия, предпринимаемые Рабочей группой директоров пунктов медицинского обслуживания для создания инфраструктуры, позволяющей обеспечивать надлежащую охрану здоровья сотрудников системы Организации Объединенных Наций во всем мире, включая оказание неотложной медицинской помощи"²⁴. Сеть рекомендовала также обеспечить амбулаторные пункты Организации Объединенных Наций необходимым персоналом и материально-технической базой для оказания сотрудникам Организации Объединенных Наций помощи в ситуациях, угрожающих жизни и здоровью большого числа людей, в дополнение, насколько это практически возможно, к усилиям местных служб²⁵. При этом РГДМП ООН отметила, что на будущее системой Организации Объединенных Наций взят курс на более активное обеспечение присутствия на местах и мобильности персонала. Это самым непосредственным образом затрагивает медицинские

²³ Ответ ВОЗ на анкету, разосланную Инспектором.

²⁴ Report of the Inter-Agency Security Management Network (Lyon, 28-30 July 2008), SEB/2008/HLCM/13, para. 50.

²⁵ Ibid., para 25.

критерии, применяемые при подборе сотрудников, и вопросы, связанные с заботой о здоровье персонала, развертываемого в районах с недостаточно развитой медицинской инфраструктурой²⁶. Инспектор совершенно согласен с вышеупомянутыми позициями.

48. Выполнение рекомендации, изложенной ниже, усилило бы подотчетность всех соответствующих сторон.

Рекомендация 4

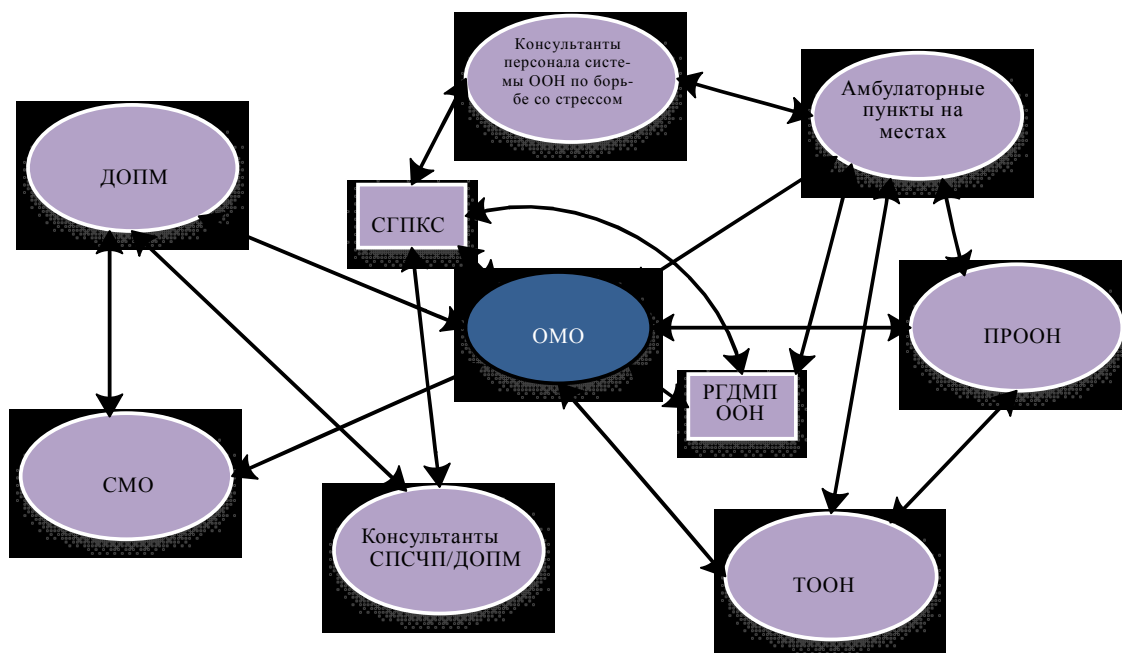
Администратору Программы развития Организации Объединенных Наций следует на основе консультаций с Отделом медицинского обслуживания Организации Объединенных Наций и РГДМП ООН окончательно сформулировать и принять круг ведения в области управления амбулаторными пунктами Организации Объединенных Наций, обеспечив тем самым согласованность и прозрачность управленческой практики в целях удовлетворения медицинских потребностей обслуживаемых сотрудников системы Организации Объединенных Наций.

Е. Поставщики медицинских услуг на местах

49. На диаграмме 5 ниже показаны связи, существующие между поставщиками медицинских услуг на местах. Хотя ядром этой системы можно считать ОМО, поддерживающий связь со всеми, кроме консультантов СПСЧП/ДОПМ, некоторые поставщики услуг фактически не взаимодействуют между собой. Как видно из диаграммы 5 и как дополнительно поясняется в тексте, внятные система подотчетности и порядок подчинения отсутствуют, что осложняет задачу обеспечения общесистемной слаженности действий в этой сфере. Например, СМО оказывает необходимую материально-техническую поддержку медицинским учреждениям ДОПМ, однако от них в свою очередь не требуется оказания аналогичной поддержки амбулаторным пунктам, хотя это позволило бы получить максимальный синергический эффект; амбулаторные пункты Организации Объединенных Наций вообще лишены централизованного материально-технического обеспечения, и каждый из них самостоятельно заботится о своем снабжении и осуществляет необходимые закупки.

²⁶ СЕВ/2009/HLCM/32, para 9.

Диаграмма 5
Связи между поставщиками медицинских услуг на местах



Отдел медицинского обслуживания Организации Объединенных Наций

50. В задачи ОМО входят управление, поддержка и контроль деятельности рассредоточенной по всему миру медицинской службы, которая и сегодня является общей для целого ряда департаментов и организаций. Она обеспечивает сотрудникам глобальный доступ к медицинским услугам путем²⁷:

- предоставления консультаций и помощи в связи с просьбами о медицинской эвакуации и репатриации сотрудников и их признанных иждивенцев, военных наблюдателей, гражданских полицейских наблюдателей и военнослужащих миротворческих контингентов Организации Объединенных Наций;
- проведения периодических выездных оценок местных медицинских учреждений и условий жизни в периферийных местах службы и вынесения соответствующих рекомендаций персоналу и администрации;
- предоставления консультаций и помощи в связи с созданием новых полевых медицинских учреждений Организации Объединенных Наций там и тогда, где и когда это необходимо;
- оказания технической помощи всем медицинским учреждениям Организации Объединенных Наций;
- назначения терапевтов Организации Объединенных Наций и проверки их работы во всех местах службы;
- оценки всех кандидатов на связанные с медициной должности в Организации Объединенных Наций, включая добровольцев Организации Объединенных Наций и медицинский персонал среднего и младшего звена, и вынесения соответствующих технических заключений.

²⁷ ST/SGB//2004/8.

51. Однако при выполнении вышеуказанных функций ОМО сталкивается с серьезными трудностями. Так, Генеральный секретарь уже отмечал, что способность Организации Объединенных Наций обеспечивать управление, поддержку и контроль применительно к географически разобщенному медицинскому персоналу является минимальной²⁸. Помимо нехватки ресурсов требуются решения проблемы, касающиеся порядка подчинения, ответственности и подотчетности. В частности, большинство "подведомственных" ОМО медицинских работников Организации Объединенных Наций (врачей, медсестер и фельдшеров) фактически работают в разных организациях или в разных департаментах. Например, в миротворческие миссии врачи направляются по контрактам с Департаментом полевой поддержки, а на работу в амбулаторные пункты Организации Объединенных Наций они нанимаются по контрактам с ПРООН. Инспектор сильно сомневается в способности ОМО эффективно руководить вверенным ему персоналом, нести за него ответственность и обеспечивать его подотчетность в условиях, когда он практически никак не влияет на решения о найме сотрудников, не участвует в составлении бюджетов и планов работы подразделений на местах и не играет никакой роли в процессе организации служебной деятельности персонала различных организаций, о которых идет речь.

52. В большинстве мест службы медицинские подразделения имеют сравнительно четкую внутреннюю систему подчиненности, отчетности и ответственности; вместе с тем Инспектор рекомендует (в главе V настоящего доклада) создать сеть, которая объединила бы всех участников данного процесса в единую структуру, призванную обеспечить подотчетность в масштабах всей системы. Это повлечет за собой также необходимость внесения изменений в действующий мандат ОМО, изложенный в бюллетене "Организационная структура Управления людских ресурсов" (ST/SGB/2004/8), с учетом его роли в предлагаемой сети и того особого внимания, которое предстоит уделять осуществлению политики в области БГТ.

53. Выполнение изложенной ниже рекомендации позволило бы повысить эффективность работы ОМО.

Рекомендация 5

Генеральному секретарю следует внести в бюллетень ST/SGB/2004/8 изменения, отражающие пересмотренный мандат и новую роль Отдела медицинского обслуживания Организации Объединенных Наций, в целях эффективного осуществления политики в области безопасности и гигиены труда и создания в Организации Объединенных Наций глобальной системы медицинского обслуживания.

54. До 2007 года прямые контакты сотрудников ОМО с врачами, работающими в полевых миссиях, ограничивались шестью-восемью поездками в год, предусмотренными в бюджете ОМО для оценки ситуации на местах. Ввиду большого числа учреждений, над которыми ОМО сегодня поручено осуществлять профессиональный надзор, каждое из них в отдельности может ожидать такого посещения примерно один раз в восемь лет, что совершенно недостаточно для сколь-нибудь реального управленческого надзора. Констатировав такое положение, нынешний директор Отдела медицинского обслуживания, занявший эту должность в 2007 году, ввел практику ежегодного проведения совещаний с уча-

²⁸ A/65/305, 2 сентября 2010 года, пункт 141.

ствием всех врачей, работающих на местах: отдельно для врачей амбулаторных пунктов Организации Объединенных Наций и для врачей миссий по поддержке мира. Ограниченных средств, выделяемых на эти цели по линии штаб-квартир, хватает лишь для оплаты участия в таких совещаниях сотрудников ОМО; страновым группам и миссиям предлагается самостоятельно оплачивать расходы на участие своих врачей. Совещания призваны обеспечить возможность для непосредственных контактов между медицинским персоналом, работающем в штаб-квартирах и на местах, для лучшего уяснения и координации политики и процедур Организации Объединенных Наций в сфере охраны здоровья, а также для развития профессиональных связей и обмена информацией между врачами, работающими в сходных условиях и вынужденными преодолевать аналогичные трудности. Кроме того, эти совещания используются для целей подготовки и повышения квалификации. Например, после того, как в докладе директоров медицинских служб, адресованном КВУУ в феврале 2009 года²⁹, была выражена озабоченность по поводу слабой подготовленности медицинских служб к чрезвычайным ситуациям, ОМО организовал в ходе обоих совещаний врачей с мест, проведенных в 2009 году, учебные курсы по оказанию первой помощи при травмах и жизнеобеспечению до госпитализации (ППТЖ) с выдачей слушателям международных сертификатов. Затем, уже в ходе совещаний 2010 года был организован двухдневный ситуационный семинар по отработке методов поддержания связи, навыков организации и управления в кризисных ситуациях и ситуациях, угрожающих жизни и здоровью большого числа людей. В ходе совещаний, запланированных на 2011 год, врачи, работающие на местах, пройдут обучение методам адаптации и применения типовых планов подготовки к чрезвычайным ситуациям в своих местах службы.

55. В целях дальнейшего развития контактов и каналов связи между сотрудниками всех медицинских служб Организации Объединенных Наций (как на местах, так и в штаб-квартирах) ОМО следует изыскать необходимые для этого дополнительные ресурсы и представить Генеральному секретарю по соответствующим каналам предложение для его последующей передачи на рассмотрение Генеральной Ассамблеи.

Терапевты Организации Объединенных Наций

56. ОМО отвечает за назначение терапевтов Организации Объединенных Наций (ООН) на основе рекомендаций координаторов-резидентов и представителей ВОЗ и за ежегодное опубликование обновленного списка ООН. Услугами ООН могут пользоваться все организации системы Организации Объединенных Наций; с ООН не заключается никаких официальных договоров; при этом имеется в виду, что плата, взимаемая ими за свои услуги, будет разумной и не будет превышать обычных расценок.

57. В число основных функций ООН входят медицинское освидетельствование кандидатов перед приемом на работу; проведение периодических медицинских осмотров; медицинское освидетельствование лиц, увольняющихся со службы (при необходимости); оказание содействия при медицинской эвакуации: так, если сотруднику или его признанному иждивенцу необходима эвакуация по медицинским соображениям, то терапевт Организации Объединенных Наций должен обратиться с соответствующей рекомендацией к руководителю фонда/программы/учреждения, где работает сотрудник; а также помощь в

²⁹ СЕВ/2009/HLCM/17, 18 February 2009.

оформлении отпусков по болезни и решении других вопросов медицинского обслуживания/гигиены труда.

58. Хотя в настоящее время на местах работает более 600 ТООН³⁰, Инспектор отмечает, что их услуги не подвергаются какому бы то ни было систематическому контролю или оценке, а список этих терапевтов обновляется нерегулярно. ОМО дает оценку деятельности ТООН в районах, куда его сотрудники выезжают (шесть-восемь раз в год) для посещения периферийных мест службы, однако речь идет лишь об очень малой доле общего числа таких врачей. От некоторых организаций поступали жалобы на ненадежность имеющегося списка, так как некоторые числящиеся в нем ТООН уже не практикуют либо скончались. За необходимыми медицинскими услугами организации часто обращаются к другим поставщикам.

59. Осуществление изложенной ниже рекомендации позволит обеспечить необходимый контроль и выполнение обязанностей, возложенных на ОМО.

Рекомендация 6

Отделу медицинского обслуживания Организации Объединенных Наций следует разработать эффективный механизм контроля и оценки услуг, предоставляемых терапевтами Организации Объединенных Наций, и ежегодно обновлять глобальный список таких терапевтов.

Департамент операций по поддержанию мира

60. Целью предоставляемого Организацией Объединенных Наций медицинского обеспечения миротворческих операций является "охрана здоровья и обеспечение благополучия участников операций Организации Объединенных Наций по поддержанию мира путем планирования, координации и осуществления на местах первоклассного медицинского обслуживания под соответствующим контролем и профессиональным надзором"³¹. Медицинское обеспечение, предоставляемое персоналу ДОПМ, должно соответствовать уровню, приемлемому для всех участвующих государств; при этом ставится цель достижения стандартов медицинского обслуживания, сопоставимых с теми, которые преобладают в мирное время. Следовательно, необходимо поддерживать высокую степень готовности и значительный потенциал для оказания такой поддержки, с тем чтобы любой больной или пострадавший мог получить в системе медицинского обслуживания своевременную и отвечающую его потребностям помощь на долговременной основе³².

61. В рамках ДОПМ создана четырехуровневая система медицинского обеспечения, в которой каждая организационная единица которой классифицируется в зависимости от ее медицинских возможностей и пропускной способности (описание см. в приложении III). Распределение имеющихся медицинских ресурсов прямо зависит от мандатов операций по поддержанию мира, типов миротворческих миссий, имеющейся медицинской инфраструктуры, географических факторов и предполагаемых опасностей для здоровья персонала. Перед направлением миротворческой миссии в районе ее потенциального развертыва-

³⁰ Источник: Ответы ОМО на анкету, разосланную Инспектором.

³¹ ДРКО/OPS/MSU, Medical Support Manual for United Nations Peacekeeping Operations (2nd edition), 1999, para. 1.01.

³² Ibid., paras. 1.02 C and D.

ния проводится техническая рекогносцировка, преследующая цель выявить основные угрозы для здоровья персонала, а также определить потребности в медицинских учреждениях/ресурсах для поддержки миротворческого контингента и международных сотрудников в процессе осуществления такой операции.

Мандат операции по поддержанию мира. Официальная позиция Организации Объединенных Наций заключается в том, что она не обязана брать на себя функцию оказания медицинских услуг местному населению или нести ответственность за это, хотя в некоторых случаях это делается в силу предписаний международного гуманитарного права и в соответствии с нормами врачебной этики³³.

Тип операции по поддержанию мира. Хотя многие миссии военных наблюдателей/гражданской полиции не нуждаются в собственном медицинском подразделении, оно бывает необходимо миссиям, связанным с повышенным риском, таким как операции принуждения к миру и миссии по разминированию³⁴.

Существующая медицинская и гражданская инфраструктура. В случаях, когда местные больницы и клиники в районе действий миссии не соответствуют стандартам, приемлемым для Организации Объединенных Наций, или когда доступ к ним затруднен, возникает необходимость обеспечить в рамках миссии более высокий уровень медицинского обеспечения независимо от численности воинского контингента миссии или характера его развертывания³⁵.

Географические факторы. Необходимый уровень медицинского обеспечения и особенности развертывания медицинских служб в районе действия миссии зависят от рельефа местности, наличия наземного и воздушного сообщения, расстояний, климата и других географических факторов. При наличии хорошего наземного сообщения и/или достаточных возможностей для воздушной эвакуации вместо развертывания медицинских подразделений Организации Объединенных Наций можно использовать медицинские учреждения, имеющиеся на месте или в соседней стране. В труднодоступных районах может потребоваться развертывание медицинских подразделений, различных по своим размерам и возможностям³⁶.

Оценка угроз для здоровья. Развертываемые медицинские подразделения должны обеспечивать повседневные медико-санитарные потребности персонала Организации Объединенных Наций на местах. Следовательно, помимо лечения легких травм и недомоганий (первичная медицинская помощь) и распространенных в данной местности инфекционных болезней, от них могут требоваться помощь при тяжелых психологических потрясениях и принятие мер в ситуациях, характеризующихся большим числом пострадавших. Последние могут возникать в результате прямых военных акций или минирования местности, особенно в случаях, когда в рамках гуманитарной операции требуется оказание помощи гражданскому населению. При этом может понадобиться развертывание полевых хирургических бригад, рентгенологических пунктов, лабораторий и станций переливания крови. Важно также создать условия для оказания стоматологической помощи.

³³ Ibid., para. 5.03 F.

³⁴ Ibid., para. 4.02 B.

³⁵ Ibid., para. 4.02 C.

³⁶ Ibid., para. 4.02 D.

Поддержка медицинских служб: Департамент полевой поддержки

62. Секция медицинского обеспечения (СМО), являющаяся секцией специализированной поддержки (ССП) Отдела материально-технического обеспечения (ОМТО) Департамента полевой поддержки (ДПП), представляет собой исполнительный орган Организации Объединенных Наций, ответственный за планирование, координацию и контроль материально-технической поддержки медицинских служб полевых миссий. Она интегрирована в системы материально-технического обеспечения, имеющиеся у ДПП/ДОПМ, и предоставляет им технические консультации по всем вопросам медицинского характера; СМО тесно взаимодействует также с ОМО. Ее основные функции можно разделить на следующие шесть категорий: консультации; координация; планирование медицинского обеспечения миссий; материально-техническое обеспечение медицинских служб; закупки; а также подготовка кадров (разбивку по мероприятиям см. в приложении IV).

63. В 1995 году ДОПМ опубликовал первое издание Руководства по медицинскому обеспечению операций Организации Объединенных Наций по поддержанию мира, а в 1999 году оно вышло в пересмотренной редакции; речь идет о всеобъемлющем справочном документе по вопросам планирования, координации и осуществления мероприятий по медицинскому обеспечению, который может служить также учебным пособием для подготовки миротворцев и медперсонала по тематике, связанной с медицинскими аспектами операций Организации Объединенных Наций по поддержанию мира³⁷. В готовящемся сейчас новом издании будут учтены уроки недавних операций по поддержанию мира и будет сделан акцент на повышении качества медицинских услуг, оказываемых миротворцам, и более эффективном использовании средств медицинской эвакуации в пределах районов действия миссий и из них³⁸.

Сектор по преодолению последствий стресса от чрезвычайных происшествий

64. Сектор по преодолению последствий стресса от чрезвычайных происшествий (СПСЧП) был учрежден в 2000 году в качестве особого подразделения Департамента по вопросам охраны и безопасности Организации Объединенных Наций ДОБОУН в соответствии с поручением Генеральной Ассамблеи, прямо указавшей на необходимость позаботиться о потребностях все более многочисленных сотрудников Организации Объединенных Наций, которым при исполнении своих служебных обязанностей приходится переживать шокирующие события³⁹. Начало оказанию психологической помощи было положено еще в 1988 году, когда с созданием Управления Координатора Организации Объединенных Наций по вопросам безопасности сотрудники, ответственные за безопасность, начали предоставлять такую помощь персоналу, работающему в опасных условиях и подвергающемуся физическим угрозам и психосоциальным рискам. Вскоре стало очевидным, что сотрудники, пережившие чрезвычайные происшествия, нуждаются в помощи профессиональных консультантов. В этом отношении развертывание консультантов способствовало более эффективному обеспечению безопасности сотрудников, и в мае 1994 года Административный комитет по координации (АКК) пришел к выводу о том, что "ввиду существования связи между случаями возникновения угрозы безопасности и обусловленным чрезвычайными ситуациями стрессом Координатор Организа-

³⁷ Ibid, para. 1.05.

³⁸ A/64/643, пункт 42.

³⁹ A/RES/56/255.

ции Объединенных Наций по вопросам безопасности должен выполнять координационные функции в вопросах, касающихся разработки стратегии борьбы со стрессом... [и] стратегия борьбы со стрессом должна осуществляться по двум направлениям: профилактическая борьба со стрессом и борьба со стрессом, обусловленным чрезвычайными ситуациями"⁴⁰.

65. Мандат СПСЧП предусматривает два вида важных функций – стратегические и оперативные. Первые заключаются в формулировании стратегических рекомендаций, разработке практических подходов и учебных пособий, касающихся профилактики стресса при чрезвычайных происшествиях, для руководителей старшего/среднего звена, организаций и групп обеспечения безопасности как в местах расположения штаб-квартир, так и в периферийных местах службы. Вторые предполагают отслеживание чрезвычайных происшествий в масштабах всей системы и реагирование на них, а также повышение способности персонала к самостоятельной профилактике стрессов, включая подготовленность к внезапным сильным психосоциальным воздействиям.

66. Наряду с выполнением председательских функций в комиссиях по отбору консультантов для работы с персоналом для ДОПМ/ДПП/ДПВ на местах в задачи СПСЧП входят технический надзор за их деятельностью и общесистемная координация работы по оказанию психосоциальной помощи и предоставлению консультаций. В связи с этим Инспектор отмечает потенциальное дублирование соответствующих мандатов, поскольку ОМО отвечает также за "оказание психологической помощи в связи с назначениями в миссии, наркозависимостью, токсикоманией и алкоголизмом и обеспечение готовности к чрезвычайным ситуациям"⁴¹. Хотя консультанты СПСЧП и ДОПМ оказывают помощь при чрезвычайных происшествиях на местах, в некоторых ситуациях им приходится предоставлять и другие консультационные услуги. Следует отметить, что в рамках МСОБ уже поднимался вопрос о том, должен ли СПСЧП оставаться в ведении ДОБООН или его следует передать ОМО либо найти ему иное место в рамках Департамента по вопросам управления⁴². По мнению Инспектора, предлагаемое создание Сети Организации Объединенных Наций по технике безопасности и гигиене труда (СООНБГТ), о которой говорится в главе V и в состав которой входил бы СПСЧП, облегчило бы междепартаментскую координацию в этой области.

Персонал медицинских служб Организации Объединенных Наций на местах

67. Инспектор хотел бы обратить внимание на случаи неравенства между сотрудниками на местах по классу занимаемых ими должностей. С этой целью на диаграммах 6 и 7 ниже показаны количество штатных единиц и уровни должностей медицинского персонала, работающего в миротворческих миссиях и страновых отделениях. В отношении медицинских работников необходимо такое же выравнивание, как в случае директоров медицинских служб в штаб-квартирах. Особенно это относится к медработникам на местах, зачастую принимающих решения, от которых может зависеть человеческая жизнь, не имея возможности опереться на поддержку коллег или консультации специалистов. Врачи, работающие в амбулаторных пунктах и гражданских клиниках, выражают недовольство неравенством уровней одинаково ответственных должностей в разных местах службы и в целом недостаточным признанием того, какую сте-

⁴⁰ A/C.5/49/56, 16 февраля 1995 года, пункт 3.

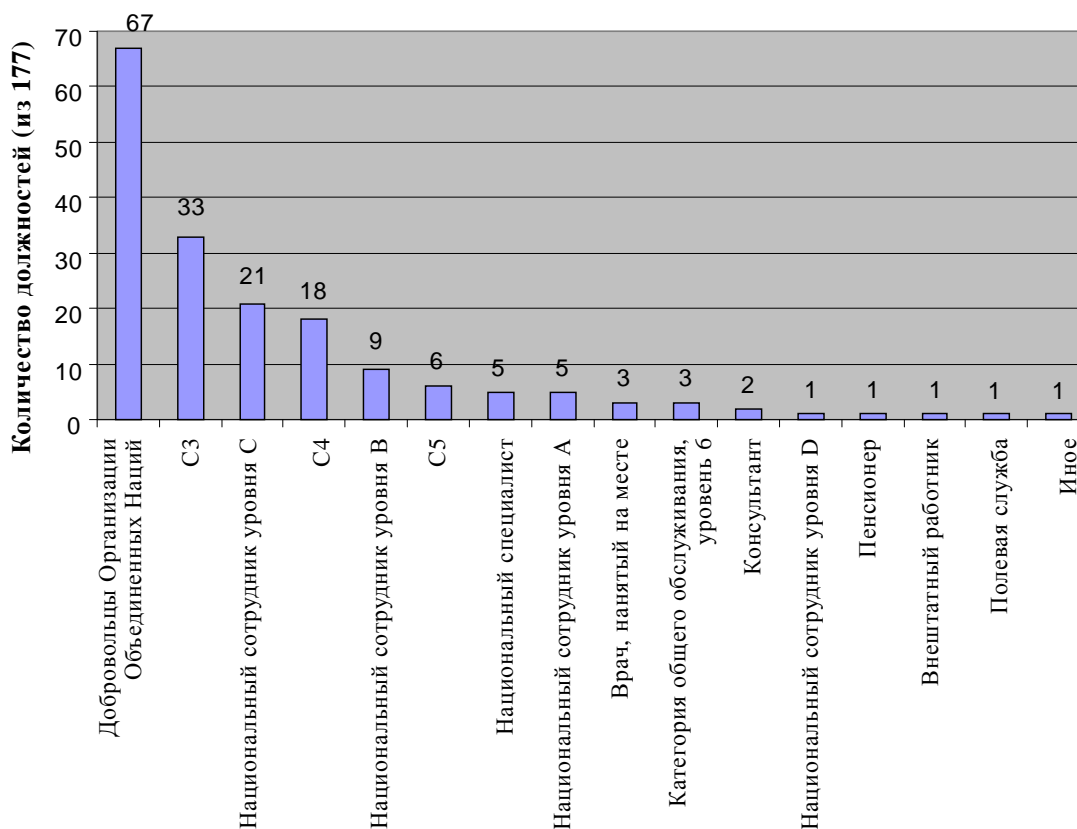
⁴¹ ST/SGB/2004/8, пункт 7.1.

⁴² Minutes of IASMN Meeting, Nairobi, 1–5 February 2010, para. 72.

пень ответственности предполагают эти должности⁴³. При этом отсутствуют организованная система продвижения сотрудников на службе и какие-либо гарантии их занятости в будущем⁴⁴. Аналогичную обеспокоенность высказывали в беседе с Инспектором представители УСВН: по их мнению, на некоторых врачей в амбулаторных пунктах возлагается ответственность, несоизмеримая с уровнем занимаемых ими должностей.

Диаграмма 6

Уровни должностей медицинских работников в миссиях Организации Объединенных Наций по поддержанию мира (сентябрь 2010 года)

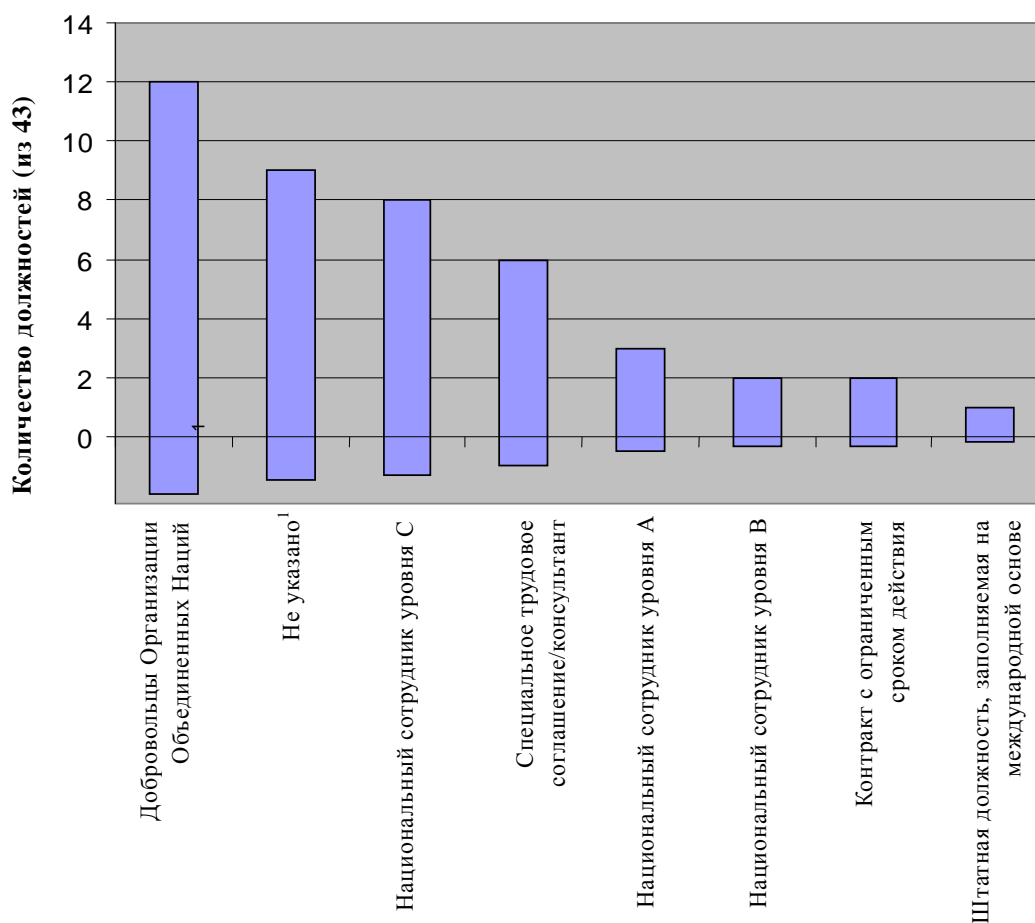


Источник: ОМО.

⁴³ UNMDWG, Statement on Field Health Care (Washington DC, March 2008), Attachment 1, SEB/2009/HLCM/17, 18 February 2009.

⁴⁴ Ibid.

Диаграмма 7
Уровни должностей врачей в амбулаторных пунктах Организации Объединенных Наций (июнь 2010 года)



¹ Поскольку контракты заключаются координатором-резидентом, директор Отдела медицинского обслуживания не имеет точных данных об уровнях должностей.

68. Большинство должностей в медицинских службах на местах заняты добровольцами Организации Объединенных Наций. Эти высокопрофессиональные и преданные своему делу люди выполняют по существу аналогичные функции в разных географических точках, но трудовые отношения с ними при этом оформлены везде по-разному, а сроки и условия контрактов в некоторых случаях не позволяют им чувствовать себя уверенно. Для того чтобы система внушала больше доверия, а основные услуги оказывались более стабильно и в большем ассортименте, договорный статус всех медицинских работников необходимо пересмотреть для обеспечения соблюдения принципов справедливости и равноправия в масштабах всей системы.

Е. Отдаленные места службы

69. В ходе поездки Инспектора в Либерию сотрудники УВКБ и ВПП обратили его внимание на то, что медицинские учреждения имеются хотя и в большинстве, но не во всех местах службы. В некоторых труднодоступных районах

возможность получения медицинских услуг ограничена. В таких "отдаленных местах службы"⁴⁵, где доступ к этим услугам затруднен, организации должны заботиться в первую очередь о том, чтобы базирующиеся там сотрудники могли получить первичную и неотложную медицинскую помощь на месте или в пределах быстрой/разумной досягаемости.

70. К РГДМП ООН была обращена просьба представить набор минимальных оперативных стандартов медицинского обслуживания, адаптированных для включения в Минимальные оперативные стандарты охраны и безопасности (МОСБ)⁴⁶. Их включение в МОСБ и их последующее соблюдение потребуют дополнительных расходов от организаций, сотрудники которых находятся в "отдаленных местах службы". Инспектор отмечает, что такие расходы не только неизбежны, но и необходимы.

Г. Пример Либерии

71. Из-за действующих в ОИГ бюджетных ограничений Инспектор не смог посетить достаточно репрезентативный ряд периферийных мест службы. Однако, стремясь компенсировать это, он поинтересовался мнениями ассоциаций персонала, прежде всего тех, в которые входят сотрудники, работающие на местах. В частности, Инспектор хотел бы поблагодарить ассоциации персонала штаб-квартир ФАО, ВПП и ЮНИСЕФ за помощь в ознакомлении с соображениями их сотрудников на местах. Основная идея, разделяемая всеми, сводится к тому, что сотрудники штаб-квартир занимают привилегированное положение и что большинство услуг, которыми они могут пользоваться, недоступны персоналу на местах. Информация о медицинских учреждениях в отдельных периферийных местах службы была также почерпнута Инспектором из конфиденциальных аналитических докладов, подготовленных ВОЗ и ОМО, за что Инспектор выражает свою признательность.

72. Далее в настоящем разделе излагаются впечатления Инспектора от посещения Миссии Организации Объединенных Наций в Либерии (МООНЛ) и отмечаются проблемы, с которыми сталкивается эта миссия и которые, по всей вероятности, сходны с проблемами других миссий по поддержанию мира.

73. Местные больницы и другие медицинские учреждения, имеющиеся в Либерии, оснащены плохо и не способны предоставлять многие необходимые виды услуг. Возможности служб неотложной медицинской помощи ограничены; поставки крови для переливания ненадежны, а ее качество не соответствует требованиям безопасности; ощущается нехватка лекарств, запасы которых зачастую просрочены, а в большинстве районов страны лекарства отсутствуют вовсе.

74. Медицинские услуги персоналу Организации Объединенных Наций предоставляются силами МООНЛ. Из-за отсутствия современного диагностического оборудования на месте МООНЛ до сих пор вынуждена эвакуировать в Аккру (Гана) даже пациентов, нуждающихся в обычных обследованиях. Плохие санитарно-эпидемиологические условия и недостаточная обеспеченность безопасной водой и канализацией создают серьезнейший риск распространения инфекционных заболеваний. Миротворцы и сотрудники Организации Объединенных

⁴⁵ Выражение, изначально использовавшееся в УВКБ и вошедшее сейчас в широкий обиход в системе Организации Объединенных Наций.

⁴⁶ СЕВ/2009/HLCM/17, 18 February 2009, para. 3.

Наций страдают от болезней, передающихся через продукты питания и воду. Одной из главных угроз для здоровья персонала в этом районе является малярия.

75. Амбулаторный пункт Организации Объединенных Наций обслуживает всех сотрудников Организации и их иждивенцев. Количество обращений возросло с 1 963 в 2008 году до 3 292 в 2009 году, что привело к значительному истощению запасов расходных материалов (лекарств, медицинских принадлежностей, вакцин); запасы многих важнейших лекарств полностью израсходованы и нуждаются в безотлагательном пополнении.

76. Медицинская служба МООНЛ отмечает следующие проблемы, затрудняющие ее деятельность:

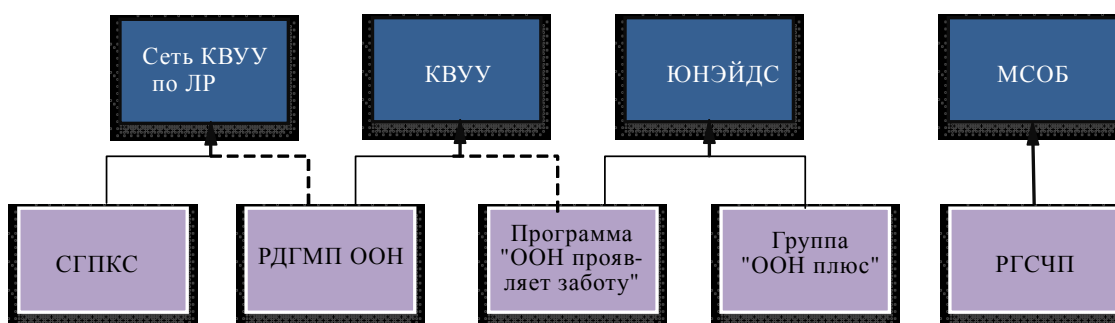
- из-за кадрового дефицита в секции медицинского обслуживания клиники уровня 1, развернутые Организацией Объединенных Наций в некоторых регионах, состоят лишь из одного врача или медсестры;
- отсутствие на месте поставщиков медицинских товаров, способных обеспечить потребности огромного числа медицинских пунктов МООНЛ в случае экстренной необходимости;
- отсутствие подрядчиков, способных обеспечивать (глобальную) воздушную медицинскую эвакуацию для доставки пациентов, находящихся в критическом состоянии, в больницу уровня 4;
- возможность обеспечения медицинским обслуживанием в некоторых районах Либерии зависит от поддержки, оказываемой в этом отношении странами, предоставляющими воинские контингенты (СПВ). Однако медицинские учреждения, имеющиеся у конкретных СПВ в данном регионе, не учитывают это при закупке лекарств и других медицинских товаров;
- в стране отсутствуют условия для систематической подготовки специалистов-медиков; необходимо разработать и осуществлять программы постоянного поддержания и повышения квалификации медработников;
- Организации Объединенных Наций следует проанализировать вопросы, связанные с сертификацией медицинского персонала. Поскольку специалисты-медики набираются на работу в самых разных странах, порой бывает нелегко добиться применения ими единообразных подходов и методов.

IV. Современное состояние общесистемной координации/сотрудничества медицинских служб

В настоящей главе говорится о различных общесистемных/межучрежденческих органах, занимающихся вопросами координации/сотрудничества между медицинскими службами и службами БГТ. На диаграмме 8 ниже заметно отсутствие единого координационного органа для всей системы.

Диаграмма 8

Общесистемные и межучрежденческие органы по вопросам медицинского обслуживания/БГТ



A. Рабочая группа директоров пунктов медицинского обслуживания Организации Объединенных Наций (РДГМП ООН)

77. РДГМП ООН существует с 1996 года, но официально она была учреждена и получила признание КВУУ в марте 2005 года⁴⁷. Общие положения мандата Группы определены в принятой ею декларации целей. В состав Рабочей группы наряду с другими членами входят начальники медицинских служб Организации Объединенных Наций и специализированных учреждений, а также начальники медицинских служб других межправительственных учреждений по вопросам развития⁴⁸.

78. В задачи Группы входит обеспечение оптимального уровня здоровья и благополучия сотрудников Организации Объединенных Наций, специализированных учреждений и межправительственных организаций посредством сотрудничества и координации деятельности их медицинских служб⁴⁹.

79. Группа, на ежегодном совещании которой традиционно председательствует директор Отдела медицинского обслуживания Организации Объединенных Наций, способствует накоплению и распространению медицинских, технических и специализированных знаний и ресурсов в области гигиены труда; содействует распространению передового опыта и процедур в медицинских службах; выступает инициатором и обеспечивает согласование политики активного бес-

⁴⁷ СЕВ/2005/3, 23 May 2005, para 76 (b).

⁴⁸ The UN Medical Directors Group. Документ, представленный ФАО, СЕВ/2005/HLCM/R.12, 24 March 2005.

⁴⁹ Ibid, para. 5.

печения гигиены труда в масштабах всей общей системы Организации Объединенных Наций; а также предлагает свои рекомендации и экспертные консультации административному руководству организаций-членов и соответствующим органам общей системы⁵⁰.

80. Членство в Группе не влечет за собой каких-либо конкретных расходов или обязательств; ее члены самостоятельно несут расходы, связанные с их участием в совещаниях. Секретариатское обслуживание Группы с момента ее основания в 1996 году на безвозмездной основе обеспечивалось Всемирным банком, а затем – ФАО. Всемирный банк также предоставляет услуги по размещению/обновлению вебсайта группы.

81. Недавно РГДМП ООН представила КВУУ серию документов, в которых внимание обращается на такие беспокоящие Группу вопросы, как управление медицинскими службами в чрезвычайных ситуациях, возможности Организации Объединенных Наций в плане обеспечения, контроля и управления деятельностью ее медицинского персонала, рассредоточенного по всему миру, а также необходимость разработки политики системы Организации Объединенных Наций в области безопасности и гигиены труда⁵¹. Эти документы были одобрены КВУУ⁵².

82. На протяжении ряда лет Рабочей группой был также подготовлен целый ряд программных и директивных документов по таким темам, как проверка и тестирование на ВИЧ/СПИД, непрерывное повышение квалификации медицинского персонала, руководящие положения относительно повышения класса проезда по медицинским соображениям, конфиденциальность медицинской информации, а также прием на работу инвалидов. В 2002–2003 годах Рабочая группа координировала осуществление межучрежденческого проекта по содействию санитарно-просветительской работе, профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа у сотрудников Организации Объединенных Наций и членов их семей; конечные результаты этого проекта способствовали становлению программы "ООН проявляет заботу"⁵³.

В. Специализированная группа представителей персонала и консультантов по борьбе со стрессом в Организации Объединенных Наций (СГПКС)

83. В состав этой Группы входят специалисты по охране психического здоровья и социальные работники, занимающие в системе Организации Объединенных Наций и связанных с ней организациях должности консультантов персонала по борьбе со стрессом⁵⁴. Ее цель – "способствовать психологическому и социальному благополучию и благосостоянию сотрудников и организаций"⁵⁵.

⁵⁰ Ibid., para. 6.

⁵¹ СЕВ/2009/HLCM/17, 18 February 2009; СЕВ/2009/HLCM/32, 15 September 2009; СЕВ/2010/HLCM/11, 11 February 2010.

⁵² СЕВ/2009/3. 23 March 2009; СЕВ/2009/6. 21 October 2009; СЕВ/2010/3. 15 March 2010.

⁵³ Guideline for providing access to care and treatment for HIV/AIDS to UN system employees and their families, WHO publication, 2004.

⁵⁴ United Nations Staff/Stress Counsellors' Group – Mandate, Annex 2, СЕВ/2010/HLCM/HR/18, 28 March 2010.

⁵⁵ UNSSCG Statement of Purpose, reviewed and finalized at the annual meeting of September 2003.

84. Первое совещание Группы состоялось по инициативе ВПП в 2000 году, когда коллегам-консультантам из других организаций было направлено приглашение собраться вместе и обменяться опытом работы и соображениями о будущих направлениях развития работы по консультированию персонала в системе Организации Объединенных Наций. На совещании Сети по вопросам людских ресурсов (СЛР) в феврале 2010 года КСР официально признал данную группу частью СЛР⁵⁶.

85. Как и в случае РГДМП ООН, членство в Группе не предполагает каких-либо расходов или обязательств. Члены самостоятельно оплачивают расходы, связанные с их присутствием на ежегодных совещаниях и участием в заседаниях рабочих групп. Инспектор призывает организации содействовать участию в этих совещаниях своих консультантов персонала, обеспечивая тем самым надлежащую представленность всех звеньев системы и выполнение мандата Группы, одобренного СЛР.

86. Инспектор приветствует организуемые Группой одновременно с ежегодными совещаниями занятия по формальному обучению для ее членов. Определение и распространение профессиональных и технических стандартов и создание возможностей для постоянного повышения соответствующей квалификации должны и впредь оставаться одним из основных направлений деятельности Группы. Предложенный Группой проект руководящих принципов соблюдения конфиденциальности в работе консультантов персонала Организации Объединенных Наций по борьбе со стрессом уже утвержден СЛР⁵⁷; в настоящее время Группа завершает подготовку проекта руководящих принципов оказания персоналу системы Организации Объединенных Наций консультационных услуг по борьбе со стрессом⁵⁸.

С. Рабочая группа по проблеме стресса от чрезвычайных происшествий (РГСЧП)

87. Перед ДОБОУОН и существовавшим до него Управлением Координатора Организации Объединенных Наций по вопросам безопасности (КООНВБ) Генеральной Ассамблеей была поставлена задача обеспечивать, "чтобы все сотрудники Организации Объединенных Наций проходили надлежащую подготовку по вопросам безопасности, включая физическую и психологическую подготовку до их развертывания на местах... путем осуществления комплексной учебной программы [и программы поддержки и помощи] по вопросам безопасности, снятия стресса и преодоления последствий травм для персонала Организации Объединенных Наций в рамках всей системы до, во время и после завершения работы в миссиях"⁵⁹. Исходя из этого, в целях скоординированного и слаженного реагирования на стрессовые ситуации, вызванные чрезвычайными происшествиями, МСОБ в апреле 2005 года одобрила учреждение РГСЧП в качестве руководящего и координирующего органа для выработки политики и стандартов с их последующим представлением МСОБ для принятия решений.

88. Члены РГСЧП, выдвинутые в ее состав координаторами своих организаций по вопросам безопасности, занимаются разработкой и содействием осуще-

⁵⁶ Conclusions of the Meeting of the Human Resources Network, CEV/2010/HLCM/HR/18, 28 March 2010.

⁵⁷ CEV/2010/HLCM/HR/35, 27 September 2010, paras. 110 and 111.

⁵⁸ Ответы СГПКС на анкету, разосланную Инспектором, июль 2010 года.

⁵⁹ A/RES/57/155, 3 марта 2003 года, пункт 21.

ствлению политики, направленной на расширенное оказание услуг по профилактике и преодолению стресса, вызываемого чрезвычайными происшествиями, в целях улучшения морально-психологического состояния сотрудников системы Организации Объединенных Наций и совершенствования координации между консультантами ДОБОУН, оказывающими персоналу помощь в борьбе со стрессом, и службами безопасности через МСОБ.

89. К настоящему времени РГСЧП подготовила постоянно действующую инструкцию и стратегическую концепцию, касающиеся борьбы со стрессом от чрезвычайных происшествий, а также документ, посвященный методам снятия стресса после чрезвычайных происшествий, и руководящие принципы коммуникации в кризисных и иных ситуациях.

D. "ООН проявляет заботу"

90. "ООН проявляет заботу" – это название осуществляемой на рабочих местах общесистемной программы борьбы с распространением ВИЧ, которая была организована по итогам скоординированного проекта РГДМП ООН и ВОЗ⁶⁰ и благодаря которой сотрудники Организации Объединенных Наций и члены их семей получают доступ к информации, возможности для расширения знаний, приобретения товаров, предназначенных для профилактики ВИЧ-инфекции, и прохождения постконтактной профилактики (т.е. медицинских процедур непосредственно после контакта с источником ВИЧ-инфекции для предотвращения заражения) согласно *"10 минимальным стандартам программы "ООН проявляет заботу"*. Эти минимальные стандарты служат образцом осуществления реформ, начатых в Организации Объединенных Наций, поскольку они обеспечивают "единство действий", предпринимаемых различными учреждениями Организации Объединенных Наций в рамках программы профилактики ВИЧ-инфекции на рабочих местах, и позволяет избегать дублирования этих действий⁶¹.

91. Согласно оценкам программы "ООН проявляет заботу", осуществляемой с 2008 года на средства 21 международной организации, к 2013 году организации – участницы этой программы смогут сэкономить в общей сложности около 36 млн. долл. США⁶². Это станет возможным за счет сокращения затрат, связанных с "выплатой пособий на похороны, пособий в связи со смертью, а также наймом и подготовкой новых сотрудников взамен утративших трудоспособность из-за заболевания СПИДом"⁶³.

92. Инспектор отмечает, что текущий бюджет программы "ООН проявляет заботу" (утвержденный КВУУ) обеспечен финансированием в объеме 50%, т.е. на сумму лишь порядка 2,6 млн. долл. США⁶⁴. Он констатирует, что Секретариат Организации Объединенных Наций до сих пор не уплатил в ее бюджет на 2010/11 год свой взнос в размере 350 000 долл. США (хотя средства для это-

⁶⁰ См. примечание 53 выше.

⁶¹ Living in a world with HIV: Information for UN system personnel and their families, UNAIDS, second revised reprint 2009. See also www.uncares.org.

⁶² UN Cares: The Programme on HIV in the UN System Workplace, Current Status 2010–2011 and Strategy Beyond 2011, CEV/2010/HLCM/HR/29, 28 June 2010.

⁶³ The Financial Impact of HIV and AIDS on the UN Workplace, имеется по адресу: www.uncares.org.

⁶⁴ UN Cares: The Programme on HIV in the UN System Workplace, Current Status 2010–2011 and Strategy Beyond 2011, CEV/2010/HLCM/HR/29, 28 June 2010.

го были запрошены)⁶⁵. Генеральный секретарь выдвинул программу "ООН проявляет заботу" в разряд приоритетных и заявил о своей решимости сделать Организацию Объединенных Наций образцом в отношении того, какие меры должны приниматься на рабочих местах для профилактики ВИЧ-инфекции.

93. Успех программы "ООН проявляет заботу" зависит от инициативы и конкретных шагов всех ее участников; Инспектор отмечает при этом, что их совместные усилия могли бы обеспечить возможность проведения в 2011 году согласованной внешней оценки результатов осуществления программы⁶⁶.

Е. "ООН плюс"

94. "ООН плюс" была создана в 2005 году по рекомендации Целевой группы программы "ООН проявляет заботу" в рамках практического осуществления реформ в Организации Объединенных Наций; ее цели были сформулированы как "объединение усилий в интересах солидарности с ВИЧ-инфицированными сотрудниками системы Организации Объединенных Наций, обеспечения их равноправия и благожелательного отношения к ним путем повышения осведомленности, пересмотра политики и ведения информационно-пропагандистской работы"⁶⁷.

95. Стремясь к достижению таких заявленных этой группой целей, как i) создание более благоприятной атмосферы по отношению ко всем ВИЧ-инфицированным сотрудникам, независимо от степени огласки их ВИЧ-статуса; ii) организованные и эффективные выступления от имени ВИЧ-инфицированных лиц, работающих в Организации Объединенных Наций, против их стигматизации и дискриминации; и iii) содействие разработке и/или совершенствованию существующей политики различных учреждений Организации Объединенных Наций по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией, более 30 членов группы "ООН плюс" из 11 организаций собрались в 2006 году на совещание для обсуждения проблем в четырех ключевых областях: конфиденциальность, мобильность и поездки, медицинское страхование, а также стигматизация и дискриминация.

96. В программных документах, подготовленных и опубликованных в 2007 году, рассматриваются жизненные реалии и потребности сотрудников Организации Объединенных Наций и их ближайших родственников, затронутых ВИЧ и СПИДом, а также содержатся рекомендации для руководителей, ответственных за осуществление принятой в 1991 году кадровой стратегии Организации Объединенных Наций по вопросам ВИЧ/СПИДа и ее приведение в соответствие с потребностями своих организаций.

⁶⁵ Ibid., p. 5.

⁶⁶ UN Cares: The Programme on HIV in the UN System Workplace, Current Status 2010–2011 and Strategy Beyond 2011, CEB/2010/HLCM/HR/29, 28 June 2010, p. 5.

⁶⁷ Вебсайт "ООН плюс" по адресу www.unplus.org.

V. Переход к созданию общесистемного механизма координации и сотрудничества в области медицинского обслуживания/безопасности и гигиены труда

97. Принятие на вооружение политики по вопросам БГТ потребует централизации разрозненных служб БГТ "под одной крышей" – не только в рамках отдельных организаций, но и на уровне всей системы в целом, что позволит обеспечить ее эффективную координацию и успешное осуществление. Особенно это касается осуществления данной политики в масштабах всей системы, так как практические трудности в настоящее время возникают не только из-за отсутствия общесистемного механизма, но и из-за того, что раздробленность (в смысле отсутствие единой схемы подчинения) медицинских служб/служб БГТ в организациях системы Организации Объединенных Наций не способствует оптимальному оказанию соответствующих услуг.

98. Используя в качестве иллюстрации приводимый ниже пример, Инспектор хотел бы вновь подчеркнуть необходимость создания общесистемного органа, координирующего медицинские мероприятия на уровне системы в целом и несущего ответственность за их осуществление.

99. Недавняя пандемия гриппа H1N1 дала медицинским службам Организации Объединенных Наций актуальный повод для отработки и анализа сложных процедур централизованной закупки всеми участниками системы Организации Объединенных Наций обычных медикаментов.

100. В сентябре 2009 года трудности, с которыми столкнулся персонал Организации Объединенных Наций при попытках получить доступ к вакцине против вируса H1N1, обсуждались на заседании Руководящего комитета высокого уровня по проблеме гриппа под председательством первого заместителя Генерального секретаря. В то время Организация Объединенных Наций столкнулась с уникально неблагоприятной ситуацией из-за пониженной продуктивности культур вируса H1N1, выращивавшихся в куриных яйцах для изготовления вакцины (и, как следствие, ее массового недопроизводства), изначальной нехватки мощностей для выпуска вакцины в мировом масштабе и авансовой закупки огромных оптовых партий правительствами (выбравшими все квоты на производство данной вакцины на текущий момент и ближайшую перспективу). **В этих условиях возможность закупки вакцины имела только у правительственных и связанных с ними организаций**⁶⁸. Поэтому Руководящий комитет по проблеме гриппа признал необходимым найти способ обеспечить на справедливых началах доступ к вакцине H1N1 для сотрудников Организации Объединенных Наций и их иждивенцев, особенно в отдаленных районах.

101. Лишь спустя три месяца после вышеупомянутого заседания Руководящего комитета по проблеме гриппа удалось принять и официально утвердить согласованный подход и решение о дальнейших действиях. В течение этого периода межучрежденческая целевая группа занималась рассмотрением таких вопросов, как юридическая ответственность, группы лиц, которые должны быть

⁶⁸ Noni Macdonald, "H1N1 influenza vaccine: Global access for a global problem". Editorial, Canadian Medical Association Journal, 181 (3–4), August 4, 2009, имеется по адресу <http://www.cmaaj.ca/cgi/reprint/181/3-4/123>; а также информация, полученная представителями ОМО в ходе предварительных переговоров с фармацевтическими компаниями "Новартис" и "Санофи-Авентис".

обеспечены вакциной в первую очередь, а также механизмы централизованной закупки, распределения и применения вакцины. После утверждения плана в декабре 2009 года понадобилось еще три месяца для выработки и окончательного согласования Меморандума о договоренности между Секретариатом Организации Объединенных Наций и ЮНИСЕФ, согласившимся взять на себя инициативу в вопросах закупки и глобального распределения вакцины. МОД был подписан 9 апреля 2010 года, однако за этим последовали новые задержки: так, ДОПМ потребовалось еще три месяца для обратного перераспределения необходимых средств из бюджетов соответствующих миссий в распоряжение ЦУООН плюс дополнительное время на перечисление этих сумм из ЦУООН в ЮНИСЕФ. Таким образом, к ноябрю 2010 года, более чем через год после начала пандемии, работа по приобретению вакцины и ее доставке в некоторые отдаленные районы развертывания персонала ДОПМ еще не была завершена.

102. По мнению Инспектора, вышеизложенный сценарий свидетельствует о недопустимых потерях времени и о безусловной необходимости усовершенствовать применяемые в системе Организации Объединенных Наций процедуры в целях недопущения впредь столь длительных задержек при закупке медикаментов, будь то для борьбы с пандемией гриппа, для помощи пострадавшим от стихийного бедствия или для иных чрезвычайных медицинских нужд.

103. Приведенный пример подтверждает необходимость создания централизованной системы закупки медикаментов, имеющей надлежащую структуру и финансирование и позволяющей повысить рентабельность оптовых закупок, освободиться от ненужных и дублирующих друг друга административных процедур и свести в будущем подобные потери времени к минимуму. Она должна давать подразделениям штаб-квартир, уполномоченным производить закупки, возможность непосредственно взаимодействовать с поставщиками, закупая медикаменты от имени соответствующих структур Организации Объединенных Наций и перечисляя поставщикам плату немедленно, как это может потребоваться в условиях кризиса. Централизованная система закупок обеспечивала бы стандартную, экономичную схему приобретения и распределения повседневно используемых медикаментов, предназначенных для сотрудников Организации Объединенных Наций повсюду в мире, и позволяла бы сократить административные издержки благодаря отказу от дублирования персонала, ведающего закупками, закупочной документации и соответствующих процедур.

104. Для решения вопросов, связанных с безопасностью, в системе Организации Объединенных Наций создана МСОБ, объединяющая старшее руководство всех организаций-партнеров по системе обеспечения безопасности в Организации Объединенных Наций, включая соответствующие учреждения, фонды и программы, в целях общесистемной координации практических подходов и стратегических установок, касающихся безопасности. Инспектор считает, что аналогичную сеть следует создать и для решения вопросов, связанных с БГТ, и что для этого Генеральному секретарю следует официально обратиться к Генеральной Ассамблее с просьбой об учреждении такой сети.

105. МСОБ также занимается вопросами БГТ. На своем совещании в Найроби в 2010 году МСОБ активно поддержала междисциплинарную инициативу по "разработке всеобъемлющей и эффективно управляемой структуры обеспечения безопасности и гигиены труда в системе Организации Объединенных Наций и предложила РГДМП ООН представить обновленную информацию о ходе ее разработки на следующем совещании МСОБ"⁶⁹. РГДМП ООН сознает необ-

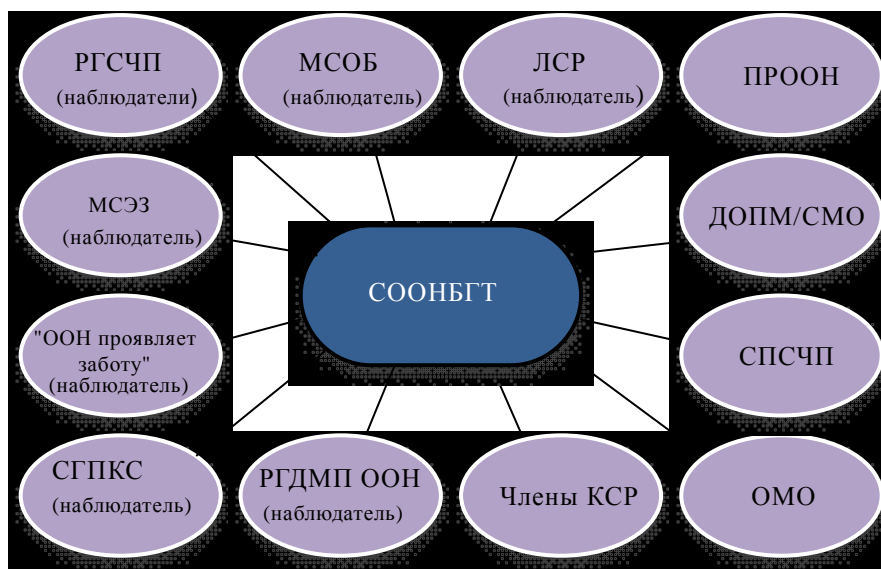
⁶⁹ Minutes of the IASMN meeting, Nairobi, 1–5 February 2010, para. 89.

ходимость приведения проекта минимальных оперативных стандартов в области медицины в концептуальное и структурное соответствие с Минимальными оперативными стандартами охраны и безопасности (МОСБ)⁷⁰. В свете вышесказанного предлагаемый координационный орган служил бы механизмом для достижения данной цели.

106. Такой координационный орган, т.е. Сеть Организации Объединенных Наций по технике безопасности и гигиене труда (СООНБГТ), построенная по образцу МСОБ, оказывал бы КВУУ поддержку в проведении всестороннего обзора вопросов политики и обеспечения ресурсами применительно ко всему механизму обеспечения безопасности и гигиены труда в Организации Объединенных Наций, который занимает важное место в его повестке дня.

107. СООНБГТ связала бы между собой старших руководителей, в административном ведении которых находятся вопросы безопасности и гигиены труда в органах, указанных на диаграмме 9 ниже.

Диаграмма 9
Предлагаемый членский состав СООНБГТ



В состав СООНБГТ должны входить все организации – члены КСР, а также организации, заключившие с Организацией Объединенных Наций меморандум о договоренности в целях участия в системе БГТ Организации Объединенных Наций. В нее должны также входить (в качестве наблюдателей) федерации персонала Организации Объединенных Наций и любая организация или департамент, конкретно уполномоченные заниматься вопросами техники безопасности и гигиены труда сотрудников Организации Объединенных Наций или непосредственно участвующие в координации, осуществлении и поддержке деятельности Организации Объединенных Наций на местах, особенно в чрезвычайных ситуациях и в условиях повышенного риска. Ключевую роль в поддержке деятельности СООНБГТ должны играть ВОЗ и МОТ, обладающие признанными полномочиями в данной области.

⁷⁰ СЕВ/2009/HLСM/17, 18 February 2009, para. 3.

108. СООНБГТ должна будет следить за претворением в жизнь политики Организации Объединенных Наций и применением ее практики и процедур в области БГТ всеми участниками системы Организации Объединенных Наций, включая бюджет соответствующих программ, и представлять КВУУ доклады и рекомендации по этим вопросам.

109. Выполнение нижеследующей рекомендации способствовало бы совершенствованию координации и сотрудничества и усилению подотчетности заинтересованных сторон.

Рекомендация 7

Генеральной Ассамблее следует поручить Генеральному секретарю создать Сеть Организации Объединенных Наций по вопросам безопасности и гигиены труда с конкретным кругом ведения, которую должен возглавить директор Отдела медицинского обслуживания Организации Объединенных Наций.

110. Инспектор отмечает, что на эффективности работы сети будут отражаться рост объема вопросов, связанных с БГТ, и нехватка ресурсов, и **настоятельно** рекомендует создать в рамках ОМО небольшой секретариат СООНБГТ в составе одного сотрудника категории специалистов и одного сотрудника категории общего обслуживания.

111. По мнению Инспектора, существующие общесистемные механизмы, такие как РГДМП ООН, СГПКС и РГСЧП, не должны объединяться в рамках СООНБГТ, а должны сохранить свой нынешний круг ведения и сосредоточиться на конкретных вопросах, которыми они занимаются. Поэтому области совпадения этих вопросов следует обсудить в рамках СООНБГТ.

112. Поскольку СООНБГТ будет первой межучрежденческой группой по выработке общесистемной политики в области БГТ, ей придется заниматься широким кругом вопросов и при необходимости давать консультации в отношении рекомендуемых стратегий и процедур. Приводимый ниже перечень не является исчерпывающим, но дает представление о масштабах стоящих задач, равно как и о том, какими негативными последствиями чревато дальнейшее отсутствие общесистемной координации и управления в области БГТ:

- руководство и контроль в контексте общей политики в области БГТ и ее осуществление в масштабах всей системы;
- установление принципов управления рисками как в области безопасности и гигиены труда, так и в связи с мерами по укреплению здоровья и благополучия сотрудников;
- выработка рекомендаций относительно норм служебной этики для персонала, занимающегося вопросами БГТ в целом, и для отдельных профессиональных подгрупп (врачей, среднего медперсонала, консультантов и т.д.);
- установление профессиональных стандартов для лиц, занимающихся практическим обеспечением БГТ (критерии найма на работу, нормы постоянного поддержания/повышения квалификации и вопросы профессиональной сертификации);
- обеспечение на постоянной основе профессиональной подготовки в соответствии со стандартами поддержания уровня квалификации;

- разработка указаний относительно разрешения профессиональных споров и/или принятия решений по жалобам, касающимся этических и профессиональных норм оказания помощи;
- разработка стандартов для учреждений здравоохранения (доступ в которые имеет персонал Организации Объединенных Наций);
- разработка стандартов, касающихся гигиены и условий труда в местах работы персонала Организации Объединенных Наций (например, эргономических стандартов для мебели и оборудования служебных помещений, освещенности, уровня шума и т.д.);
- подготовка указаний по оптимальной практике для подразделений, занимающихся вопросами БГТ, включая вопросы конфиденциальности, а также стандартизацию систем электронного хранения и обработки медицинских данных;
- создание децентрализованной структуры управления, обеспечивающей возможность разработки и поддержки системы БГТ, базирующейся преимущественно на местах, управления ею и контроля за ее работой;
- подготовка рекомендаций относительно описания должностных функций сотрудников, занимающихся вопросами БГТ, уровней их должностей и их продвижения по службе;
- создание надежной централизованной системы закупки медикаментов и других товаров медико-санитарного назначения, учитывающей реальные потребности;
- переоценка преобладающих в настоящее время традиционных медицинских процедур и услуг в целях перехода на более современную профилактическую методику обеспечения БГТ (например, в связи с предоставлением отпусков по болезни, медицинским освидетельствованием и т.д.);
- анализ возможных вариантов привлечения внешних подрядчиков и выдвижение соответствующих рекомендаций, позволяющих избегать конфликтов интересов (например, совмещения функций медицинского обслуживания и принятия решений о выплате персоналу страховых сумм);
- совершенствование процедур оценки риска на этапах, предшествующих поездкам и разворачиванию, а также индивидуальной подготовки и повышения выносливости сотрудников, направляемых в места с трудными условиями службы;
- рассмотрение организационно-управленческих подходов к охране психологического здоровья сотрудников, включая борьбу с наркозависимостью, токсикоманией и алкоголизмом, и выдвижение рекомендаций на этот счет;
- разработка на общесистемном уровне указаний по обеспечению готовности медицинских служб к чрезвычайным ситуациям, включая пандемии, происшествия, угрожающие жизни и здоровью большого числа людей, и другие чрезвычайные ситуации в сфере общественного здравоохранения, и реагированию на них;
- координация общесистемного подхода к медицинской эвакуации;
- рассмотрение медицинских аспектов политики и подходов организаций, касающихся ВИЧ/СПИД, и выдвижение соответствующих рекомендаций;

- анализ, консультирование и координация применения общесистемного подхода к выплате компенсации в случае профессиональных травм и заболеваний, пособий в связи с потерей трудоспособности и специальных выплат (например, специальных пособий на образование и пособий на детей-инвалидов).

Приложения

Приложение I

**Медицинские услуги и программы в местах расположения штаб-квартир
(июнь 2010 года)**

	Неотложная/первичная медицинская помощь	Вакцинация	Периодические медосмотры	Медицинское освидетельствование	Информирование перед поездками	Оформление отпусков по болезни/родам и уходу за детьми	Оздоровительные мероприятия	Медицинская эвакуация	Курсы по оказанию первой помощи	Эргономика	Установление инвалидности	Медицинское освидетельствование при приеме на работу	Консультирование по ВИЧ/СПИДу	Прием без предварительной записи	Программы профилактического обследования	Психологическая/социальная помощь	Профилактика и снятие стресса	Фитнес-центр	Лаборатория
ЭКА	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x	x		x	x		x	x
ЭКЛАК	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x		
ЭСКАТО	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x			
ЭСКЗА	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x					
ФАО	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
МАГАТЭ	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
ИКАО	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x				x	x	x	
МУТР	x	x	x		x	x	x		x			x		x		x	x		x
МОТ	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	
ИМО	x	x					x						x		x		x		
МОМ	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x					x	x	x	
ОЗХО	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x				x			x	
ЮНЕСКО	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
УВКБ	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
ЦУООН	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
ЮНОГ	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	3x	x
ЮНОН	x		x	x	x	x		x			x	x		x					
БАПОР			x	x								x							
ВПП	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x
ВОЗ	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x
Всемирный банк	x	x		x	x	x	x	x		x			x	x	x	x	x	x	x
Итого	20	19	19	18	18	18	18	17	16	16	15	15	15	14	14	14	14	12	9

Источник: Ответы организаций на анкету, разосланную Инспектором.

Приложение II

Примерный перечень услуг, которые должны оказываться в амбулаторных пунктах Организации Объединенных Наций на местах

- а) Первичная клиническая помощь сотрудникам системы Организации Объединенных Наций**
- i) Первая и неотложная медицинская помощь при несчастных случаях на рабочем месте;
 - ii) консультирование и помощь при обращениях с острыми симптомами без предварительной записи;
 - iii) текущее наблюдение или помощь пациентам, начавшим и продолжающим лечение от диагностированных хронических заболеваний;
 - iv) необходимые диагностические исследования по клиническим показаниям (на месте или с направлением в лаборатории, имеющиеся в данном районе);
 - v) оказание содействия сотрудникам в получении доступа в местные медицинские учреждения и в продолжении лечения.
- б) Гигиена труда**
- i) Оказание содействия сотрудникам в укреплении здоровья, с тем чтобы его состояние соответствовало требованиям службы;
 - ii) оказание медицинских услуг сотрудникам, выезжающим в официальные командировки, включая санитарно-профилактические рекомендации по пребыванию в соответствующих районах, прививки, снабжение профилактическими лекарствами и дорожными аптечками;
 - iii) информирование сотрудников обо всех медико-санитарных аспектах, связанных с их работой;
 - iv) оценка и рассмотрение жалоб и замечаний персонала, касающихся санитарных и эргономических условий на рабочих местах, а также других аспектов организации трудового процесса;
 - v) осуществление профилактических и оздоровительных программ, таких как контроль кровяного давления, отслеживание случаев диабета и пропаганда отказа от курения;
 - vi) участие в организации вводно-ознакомительных курсов и других учебных занятий по медицинской тематике, таких как курсы по оказанию первой помощи, сердечно-легочной реанимации и т.д.;
 - vii) систематическое оказание поддержки и помощи в деле полномасштабного осуществления мероприятий и программ, связанных с кадровой политикой ООН в отношении ВИЧ/СПИДа.

- с) Консультативные услуги руководству всех учреждений Организации Объединенных Наций**
- i) Вынесение рекомендаций относительно эвакуации больных в признанные региональные центры медицинской эвакуации и решение связанных с этим организационных вопросов;
 - ii) консультирование по вопросам, касающимся отпусков по болезни;
 - iii) разработка рекомендаций и оказание помощи в разумной организации трудовой деятельности для сотрудников, временно утративших способность исполнять свои обычные обязанности в течение полного рабочего дня;
 - iv) предоставление медицинских консультаций в связи с инвалидностью, выплатой специальных пособий на иждивенцев, компенсаций в связи с профессиональными заболеваниями или травмами, а также пособий на образование;
 - v) проверка медицинских счетов на предмет подтверждения обоснованности оказанных услуг, их соответствия разумным расценкам и обычной медицинской практике.
- d) Прочие услуги**
- i) Организация периодических презентаций для ознакомления всего персонала с услугами, предоставляемыми амбулаторным пунктом Организации Объединенных Наций;
 - ii) подготовка и периодическое обновление одностраничного проспекта с информацией о задачах и услугах амбулаторного пункта, включая его контактные данные и часы работы;
 - iii) поставка, пополнение и обновление медицинских аптек всех видов во всех местах службы в данной стране, включая аптечки для служебных автомобилей Организации Объединенных Наций;
 - iv) систематическая оценка работы местных медицинских учреждений и поддержание контактов с ними; составление и регулярное обновление списка таких учреждений, куда могут направляться пациенты.

Источник: Проект положений об амбулаторных пунктах ООН, подготовленный Административным бюро Управления людских ресурсов ПРООН, по состоянию на 8 июля 2009 года.

Приложение III

Описание медицинских учреждений Организации Объединенных Наций уровней 1–4

Учреждение медицинского обеспечения уровня 1

Учреждение медицинского обеспечения уровня 1 – это учреждение первого уровня медицинского обслуживания, которое обеспечивает оказание первичной медико-санитарной помощи и неотложной медицинской помощи по спасению жизни и реанимации. Это первый уровень медицинского обслуживания, на котором медицинская помощь предоставляется врачом-терапевтом. Такое учреждение обеспечивает лечение до 20 амбулаторных больных в день, госпитализацию до пяти пациентов на период до двух дней и хранение запасов медицинских принадлежностей и расходных материалов на 60 дней. Фактический состав и численность медицинского персонала в учреждениях уровня 1 могут меняться в зависимости от оперативных потребностей, оговоренных в МОД. Однако минимальный рекомендуемый штат (обеспечивающий возможность создания на базе данного медицинского учреждения двух медицинских бригад передового базирования (МБПБ) из одного врача и двух-трех фельдшеров каждая) включает в себя двух врачей, шесть фельдшеров/медсестер и трех вспомогательных сотрудников.

Медицинское учреждение уровня 1+

В соответствии с потребностями конкретной миссии медицинское учреждение уровня 1 может быть преобразовано в учреждение уровня 1+ путем расширения его возможностей для оказания услуг в области медицинского обеспечения. Расходы на оказание соответствующих услуг возмещаются отдельно на основании положений Руководства по имуществу, принадлежащему контингенту (ИПК), и МОД. К таким дополнительным возможностям могут относиться, например:

- базовое стоматологическое обслуживание;
- профилактическая медицина;
- базовые лабораторные анализы;
- группа воздушной медицинской эвакуации;
- возможности для проведения хирургических операций (модуль полевой хирургии) – лишь в исключительных ситуациях, обусловленных неотложными потребностями медицинского обеспечения; вопрос о создании возможностей для госпитализации дополнительных пациентов и о развертывании хирургического модуля решается только исходя из потребностей ДОПМ/ДПП.

Учреждение медицинского обеспечения уровня 2

Учреждение медицинского обеспечения уровня 2 соответствует следующему уровню медицинского обслуживания и первому уровню, на котором обеспечиваются базовые возможности для оказания хирургической помощи, а также имеются условия для жизнеобеспечения и оказываются базовые услуги по госпитализации и вспомогательные услуги в районе действия миссии. Учреждение

медицинского обеспечения уровня 2 оказывает все виды услуг уровня 1 и, кроме того, обладает возможностями для: проведения неотложных хирургических операций, хирургического купирования, послеоперационного обслуживания и ухода за тяжелобольными, интенсивной терапии/реанимации и стационарного лечения, а также базовой рентгеноскопии, лабораторного обслуживания, снабжения фармацевтическими препаратами, профилактической медицины и стоматологии. Минимальный набор услуг, которые должны предоставляться учреждением медицинского обеспечения уровня 2, включает в себя также ведение медицинских карт пациентов и контроль за состоянием эвакуированных больных. Такое учреждение обеспечивает проведение трех-четырёх хирургических операций в день, госпитализацию 10–20 больных или раненых на период до семи суток, прием до 40 амбулаторных больных в день, оказание стоматологической помощи 5–10 пациентам в день, а также хранение запасов медицинских принадлежностей, растворов и расходных материалов на 60 дней. Фактический состав и численность медицинского персонала учреждения уровня 2 могут варьироваться в зависимости от оперативных потребностей и положений МОД. Но в целом для таких учреждений предлагается установить следующий минимальный штат: два хирурга (один хирург общей практики и один хирург-ортопед); один анестезиолог; один врач по внутренним болезням; один терапевт общего профиля; один стоматолог; один специалист по гигиене; один фармацевт; две старших медсестры; две медсестры отделения интенсивной терапии; один ассистент хирурга; 19 медсестер/фельдшеров; один рентгенолог; один лаборант; один ассистент стоматолога; два водителя; восемь вспомогательных сотрудников.

Медицинское учреждение уровня 2+

Медицинское учреждение уровня 2 может быть преобразовано в учреждение уровня 2+ путем расширения его возможностей для оказания услуг в области медицинского обеспечения. Соответствующие услуги оплачиваются отдельно в соответствии с положениями Руководства по ИПК и МОД. К таким дополнительным возможностям могут относиться, например:

- оказание ортопедической помощи;
- оказание гинекологической помощи;
- расширенные возможности по терапевтическому лечению;
- расширенные возможности в области диагностической визуализации (компьютерная томография).

Медицинское учреждение уровня 2 или уровня 2+ может принадлежать стране, предоставляющей воинские/полицейские контингенты, либо Организации Объединенных Наций; оно может быть также развернуто коммерческим подрядчиком.

Учреждение медицинского обеспечения уровня 3

Медицинское учреждение уровня 3 соответствует третьему и самому высокому уровню медицинского обслуживания, который могут обеспечить подразделения, развертываемые в районе действия миссии. Учреждение уровня 3 оказывает все виды услуг, предлагаемые учреждениями медицинского обеспечения уровней 1 и 2, а также способно предоставлять комплексные хирургические услуги, услуги специалистов и услуги по специализированной диагностике; оно располагает более значительными возможностями по уходу за тяжело-

больными и интенсивной терапии, а также по специализированному амбулаторному обслуживанию и челюстно-лицевой хирургии.

Учреждение медицинского обеспечения уровня 4

Учреждение уровня 4 соответствует наивысшему уровню медицинского обслуживания, при котором медицинские услуги и помощь специалистов предоставляются в полном объеме во всех областях хирургии и медицины.

Источник: ОМО.

Приложение IV

Основные функции Секции медицинского обеспечения

A. Консультации

- Консультирование ДОПМ/ДПП, ДПВ и миссий на местах по всем вопросам планирования и материально-технического обеспечения, связанным с медицинским обслуживанием
- Разработка политики, концепций и руководящих принципов медицинского обеспечения

B. Координация

- Планирование и координация материально-технических аспектов медицинского обеспечения деятельности Организации Объединенных Наций в мировом масштабе в сотрудничестве с департаментами ЦУООН, СПВ и учреждениями Организации Объединенных Наций применительно к новым, действующим и ликвидируемым миссиям

C. Планирование медицинского обеспечения миссий на местах

- Участие в техническом обосновании и оценке миссий на местах
- Разработка концепции медицинского обеспечения
- Разработка плана медицинского обеспечения
- Разработка и пересмотр постоянно действующих инструкций и руководств
- Оценка медицинских аспектов предстоящего развертывания для СПВ и СПП
- Информирование СПВ и СПП о потребностях в части медицинского обеспечения
- Переговоры по заключению МОД/писем-соглашений (ПС)
- Осуществление плана медицинского обеспечения
- Оценка состояния медицинских учреждений в развертываемых, существующих и ликвидируемых миссиях
- Сотрудники СМО в аппарате ЦУООН осуществляют надзор за осуществлением миссиями плана медицинского обеспечения

D. Материально-технические аспекты медицинского обеспечения

- Учет потребностей в медицинском обеспечении при составлении бюджетов и финансировании миссий
- Составление плана использования материальных ресурсов
- Составление плана закупок материальных ресурсов
- Управление стратегическими запасами для нужд развертывания

- Управление медицинским имуществом миссий на этапах развертывания, функционирования и ликвидации
- Составление планов распоряжения материальными ресурсами
- Информирование директора ОМТО по вопросам медицинского обеспечения
- Проработка вопросов медицинского обеспечения в ходе учений по стратегическому планированию (глобальная стратегия ДПП в области полевой поддержки, эталонный анализ, подробная схема медицинской отчетности миссий, сервисный модуль ПОР и т.д.)
- Анализ медицинских аспектов рекомендаций Комиссии по расследованию и представление директору ОМТО предложений о возможных решениях

Е. Закупки

- Разработка технических спецификаций и подготовка заказов на медицинское оборудование, расходные материалы, лекарства и медикаменты, кровь и препараты крови
- Подготовка заказов на коммерческие медицинские услуги
- Управленческое обеспечение глобального подряда ЦУООН на медицинское обслуживание
- Функции надзора за закупками, производимыми на местах

Ф. Подготовка кадров

- Обучение медицинского персонала планированию работы медицинских служб и управлению их ресурсами
- Ежегодное рабочее совещание руководителей медицинских служб

Источник: Ответы СМО на анкету, разосланную Инспектором.

Приложение V

Обзор действий, которые необходимо предпринять участвующим организациям по рекомендациям ОИГ JIU/REP/2011/1

Доклад	Намечаемая отдача	ООН, фонды и программы											Специализированные учреждения и МАГАТЭ													
		Организация Объединенных Наций*	ЮНКТАД	ЮНОДК/ЮНОВ	ЮНЕП	ООН-Хабитат	УВКБ	БАПОР	ПРООН	ЮНФПА	ЮНИСЕФ	ВПП	(ПРОЧИЕ)	МОТ	ФАО	ЮНЕСКО	ИКАО	ВОЗ	ВПС	МСЭ	ВМО	ИМО	ВОИС	ЮНИДО	ЮНВТО	МАГАТЭ
Доклад	К действию	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Для информации	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Рекомендация 1	g	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И		И		И	И		И	И	И		И	И	И	И
Рекомендация 2	g	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р		Р		Р	Р		Р	Р	Р		Р	Р	Р	Р
Рекомендация 3	b	И		И	И	И	И	И						И		И	И		И			И		И	И	И
Рекомендация 4	a	И								И																
Рекомендация 5	e	И																								
Рекомендация 6	d	И																								
Рекомендация 7	e	Р																								

Условные обозначения: **Р:** Рекомендация для принятия решения руководящим органом
И: Рекомендация для принятия мер исполнительным главой
■: Рекомендация не предполагает принятия каких-либо мер организацией

Намечаемая отдача: **a:** усиление подотчетности; **b:** распространение передового опыта; **c:** улучшение координации и сотрудничества;
d: усиление контроля и соблюдения требований; **e:** повышение эффективности; **f:** значительная финансовая экономия;
g: повышение результативности; **o:** прочее

* Охватывает все подразделения, перечисленные в документе ST/SGB/2002/11, кроме ЮНКТАД, ЮНОДК, ЮНЕП, ООН-Хабитат, УВКБ и БАПОР.