



## **Организация Объединенных Наций**

### **Обзор служб здравоохранения в системе Организации Объединенных Наций**

**Доклад Объединенной инспекционной группы**

**Подготовлен Виктором Морару**





# **Обзор служб здравоохранения в системе Организации Объединенных Наций**

**Доклад Объединенной инспекционной группы**

**Подготовлен Виктором Морару**



**Организация Объединенных Наций • Нью-Йорк, 2025**

### **Информация об Объединенной инспекционной группе**

Объединенная инспекционная группа (ОИГ) является независимым органом внешнего надзора системы Организации Объединенных Наций, учрежденным для проведения оценок и инспекций в рамках всей системы. ОИГ работает над обеспечением эффективности и прозрачности, а также над улучшением координации между подразделениями Организации Объединенных Наций.

Группа является вспомогательным органом Генеральной Ассамблеи и подотчетна руководящим и директивным органам организаций, принявших статут Объединенной инспекционной группы.

Копии статута ОИГ, ее ежегодного доклада Генеральной Ассамблее и обзорных докладов доступны на сайте [www.unjiu.org](http://www.unjiu.org).

#### **Группа по проекту**

Виктор Морару, Инспектор

Штефан Хелк, специалист по инспекции и оценке

## Содержание

	<i>Стр.</i>
Сокращения .....	vi
I. Введение .....	1
А. Контекст .....	1
В. Цели и сфера охвата .....	1
С. Методология .....	2
D. Информация о докладе .....	2
II. Функций по оказанию услуг здравоохранения в области организациях системы Организации Объединенных Наций .....	3
А. Общий обзор инфраструктуры здравоохранения Организации Объединенных Наций .....	3
В. Изменение парадигмы предоставления услуг в области здравоохранения и ее влияние на функции по оказанию услуг в области здравоохранения .....	4
С. Изменение организационной структуры и направления деятельности .....	5
D. Основные виды деятельности, директивные указания и мандаты .....	8
Е. Финансирование и закупки .....	9
F. Кадровый состав, квалификационные требования и программы карьерного роста ..	11
III. Управление услугами здравоохранения .....	12
А. Стандарты оказания помощи .....	12
В. Инфраструктура здравоохранения .....	14
С. Меры по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и оказанию экстренной медицинской помощи .....	16
D. Некоторые вопросы, связанные с управлением медицинским персоналом и координацией деятельности .....	18
Е. Обеспечение доступа к услугам здравоохранения на местах с помощью общих/вспомогательных медицинских служб .....	19
IV. Содействие выполнению обязательств в области охраны труда и техники безопасности	21
V. Повышение качества фактических и других данных о состоянии здоровья персонала ..	27
А. Оценка состояния здоровья сотрудников и использование данных о здоровье .....	27
В. Улучшение сбора данных путем проведения опросов о состоянии здоровья на уровне организации и всей системы .....	28
С. Обзор статистических данных об отпусках по болезни и расходах в связи с отсутствием по болезни .....	29
VI. Основные структуры для поддержки межучрежденческого сотрудничества .....	32
А. Координационный механизм Организации Объединенных Наций по вопросам охраны труда и техники безопасности .....	32
В. Сеть директоров медицинских служб Организации Объединенных Наций .....	33
Приложение	
Обзор мер, которые предлагается принять организациям-участникам в связи с рекомендациями Объединенной инспекционной группы .....	35

---

## Сокращения

БАПОР	Ближневосточное агентство Организации Объединенных Наций для помощи палестинским беженцам и организации работ
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОИС	Всемирная организация интеллектуальной собственности
ВМО	Всемирная метеорологическая организация
ВПС	Всемирный почтовый союз
ВПП	Всемирная продовольственная программа
ИКАО	Международная организация гражданской авиации
ИМО	Международная морская организация
МАГАТЭ	Международное агентство по атомной энергии
МОТ	Международная организация труда
МСЭ	Международный союз электросвязи
МТЦ	Международный торговый центр
ООН-Туризм	Всемирная туристская организация
ООН-Хабитат	Программа Организации Объединенных Наций по населенным пунктам
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
Структура «ООН-женщины»	Структура Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин
УВКБ ООН	Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев
УНП ООН	Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности
ФАО	Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций
ЮНКТАД	Конференция Организации Объединенных Наций по торговле и развитию
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
ЮНОПС	Управление Организации Объединенных Наций по обслуживанию проектов
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

## I. Введение

### A. Контекст

1. В рамках своей программы работы на 2023 год Объединенная инспекционная группа (ОИГ) провела обзор служб здравоохранения в системе Организации Объединенных Наций. В настоящем докладе приводится оценка текущего состояния служб здравоохранения. В последний раз эта тема освещалась ОИГ в 2011 году<sup>1</sup>.
2. Мандат и функции служб здравоохранения заключаются в укреплении и защите здоровья, безопасности и благополучия сотрудников организаций, как в Центральных учреждениях, так и в отделениях на местах, при максимальном соблюдении конфиденциальности и неприкосновенности частной жизни. Эти службы предоставляют разнообразные индивидуальные услуги в области здравоохранения и охраны труда в целях устранения и снижения основных рисков для здоровья персонала, чтобы обеспечить его продуктивность, вовлеченность и мотивацию, что позволяет организации достигать своих целей, контролируя расходы на здравоохранение и обеспечивая соблюдение обязанностей проявлять должную заботу.
3. Внедрение новой концепции оказания услуг в области здравоохранения в системе Организации Объединенных Наций, одобренной Координационным советом руководителей системы Организации Объединенных Наций (КСР) в 2010 году<sup>2</sup>, ознаменовало переход от ограниченных медико-административных функций к более комплексному, профилактическому и современному подходу к охране здоровья и медицинскому обслуживанию персонала системы Организации Объединенных Наций. В некоторых организациях службы здравоохранения внесли изменения, направленные на оптимизацию их работы и уделение большего внимания профилактическим услугам в области охраны труда и техники безопасности. Помимо этого, новый подход к оказанию услуг в области здравоохранения привел к постепенной интеграции подфункций, связанных с оказанием услуг в области здравоохранения, в более развитые службы здравоохранения с расширенным мандатом по предоставлению более широкого ряда услуг в области здравоохранения, которые поддерживают комплексный подход к охране здоровья и обеспечению благополучия.

### B. Цели и сфера охвата

4. Настоящий обзор преследует четыре цели: а) изучить стратегии, политику и практику, связанные с оказанием услуг в области здравоохранения; б) проанализировать организацию работы служб здравоохранения в организациях системы Организации Объединенных Наций и оценить их адекватность и эффективность; в) рассмотреть соответствующие общесистемные механизмы и межучрежденческие инициативы; и d) выявить извлеченные уроки и примеры передового опыта.
5. Обзор проводился на общесистемной основе и охватывал все организации — участники ОИГ. В ходе обзора основное внимание уделялось службам здравоохранения в системе Организации Объединенных Наций. При сборе и анализе данных учитывались, насколько это было возможно, специфические

<sup>1</sup> Обзор служб здравоохранения в системе Организации Объединенных Наций (JIU/REP/2011/1).

<sup>2</sup> См. СЕВ/2010/HLCM/11.

аспекты работы полевых медицинских учреждений. В ходе обзора также рассматривались аспекты, связанные с межучрежденческим сотрудничеством, в том числе в области охраны труда и техники безопасности. В ходе обзора не рассматривались аспекты психического здоровья и программы медицинского страхования, поскольку эти вопросы были рассмотрены в ходе двух недавних обзоров ОИГ<sup>3</sup>.

## С. Методология

6. Фактические и прочие данные, использованные при подготовке настоящего доклада, были собраны в период с июня 2024 года по май 2025 года с применением различных качественных и количественных методов сбора данных, а именно: предварительное исследование, всесторонний обзор соответствующей документации по вопросам здравоохранения, четыре комплекта вопросников, разработанных с учетом особенностей различных групп организаций и/или их структуры и модели служб здравоохранения, и 65 бесед, проведенных в основном в виртуальном формате, со 138 должностными лицами из 27 организаций — участников ОИГ<sup>4</sup> и 1 организации, не являющейся участником ОИГ<sup>5</sup>.

7. Недостатки настоящего обзора включают ограниченный доступ к нескольким категориям информации и отсутствие сопутствующих метаданных, связанных с количественной и качественной информацией, которой поделились некоторые организации-участники. Там, где это было возможно, представленные данные перепроверялись по альтернативным источникам, а в некоторых случаях для заполнения важнейших пробелов в информации использовались косвенные данные. Кроме того, на всех этапах обзора, включая сбор данных с помощью вопросника для организаций и в ходе бесед, наблюдались значительные задержки с получением ответов от заинтересованных сторон.

8. Проект настоящего доклада прошел внутренний коллегиальный обзор в целях обеспечения качества, после чего был передан участвующим организациям ОИГ. Инспектор подтверждает, что принципы независимости, беспристрастности и профессиональной добросовестности соблюдались на всех этапах планирования, выполнения и подготовки проекта доклада.

## Д. Информация о докладе

9. Были подготовлены два итоговых документа ОИГ: а) настоящий доклад, посвященный основным выводам, заключениям и рекомендациям и доступный на шести официальных языках Организации Объединенных Наций; и б) расширенный доклад, выпущенный под условным обозначением JIU/REP/2025/6 [Expanded report] и содержащий более широкий анализ, более подробное изложение установленных фактов и более детальную соответствующую подтверждающую информацию, включая приложения, на английском языке.

10. По итогам обзора было вынесено девять официальных рекомендаций, выполнение которых ОИГ будет отслеживать с предоставлением соответствующей отчетности. В приложении к настоящему докладу приводится таблица, в которой каждая рекомендация соотнесена с необходимыми мерами. По итогам обзора были также подготовлены 24 неофициальных рекомендации, которые

<sup>3</sup> См. JIU/REP/2023/4 и JIU/REP/2023/9 и JIU/REP/2023/9/Corr.2.

<sup>4</sup> За исключением ЮНКТАД.

<sup>5</sup> Международный фонд сельскохозяйственного развития.



дополняют официальные рекомендации или служат для их обоснования; в тексте доклада они выделены жирным шрифтом.

## **II. Функции по оказанию услуг в области здравоохранения в организациях системы Организации Объединенных Наций**

### **A. Общий обзор инфраструктуры здравоохранения Организации Объединенных Наций**

11. В ходе данного обзора было выявлено, что всеобъемлющее сопоставление медицинских учреждений в системе Организации Объединенных Наций не проводилось. Для целей настоящего доклада была собрана информация о типах и количестве медицинских учреждений Организации Объединенных Наций, численности медицинского персонала, оперативном/административном органе и местах службы или районах расположения этих учреждений. Согласно данным, в 2024 году насчитывалось более 223 медицинских учреждений, включая 11 служб здравоохранения, которые действуют в местах расположения штаб-квартир и в которых работало более 1500 работников здравоохранения. Это представляет собой значительное увеличение: общее число медицинских учреждений и медицинского персонала Организации Объединенных Наций увеличилось более чем в два раза по сравнению с данными, представленными в докладе ОИГ за 2011 год. Это увеличение тесно связано с увеличением числа медицинских учреждений в миссиях Организации Объединенных Наций по поддержанию мира, что, в свою очередь, отражает увеличение количества и/или расширение масштабов операций Организации Объединенных Наций по поддержанию мира и специальных политических миссий.

12. Из 28 организаций — участников ОИГ 11 имеют собственные службы здравоохранения (ФАО, ИКАО, МОТ, ИМО, МСЭ, ЮНЕСКО, УВКБ ООН, Секретариат Организации Объединенных Наций, ВОИС, ВПП и ВОЗ), 9 — обслуживаются региональными объединенными медицинскими службами Организации Объединенных Наций (МАГАТЭ, МТЦ, ООН-Хабитат, ЮНКТАД, ЮНЕП, ЮНИДО, УНП ООН, ВПС и ВМО)<sup>6</sup> и 6 — обслуживаются службами здравоохранения других организаций Объединенных Наций (Структура «ООН-женщины», ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС, ПРООН, ЮНФПА и ЮНОПС<sup>7</sup>). Две организации заключили контракты с внешними поставщиками услуг здравоохранения, не входящими в Организацию Объединенных Наций (Всемирная туристская организация и БАПОР)<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> Медицинская служба в Отделении Организации Объединенных Наций в Женеве (МТЦ, ЮНКТАД, ВПС и ВМО); Объединенная медицинская служба Отделения Организации Объединенных Наций в Найроби (ЮНЕП и ООН-Хабитат) и Медицинская служба Венского международного центра (МАГАТЭ, ЮНИДО и УНП ООН), расположенная в МАГАТЭ.

<sup>7</sup> Секретариат Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ, ПРООН, ЮНФПА, Структура «ООН-женщины» и ЮНОПС) и ВОЗ (ЮНЭЙДС).

<sup>8</sup> БАПОР оказывает услуги первичной медико-санитарной помощи только палестинским беженцам через свои центры здравоохранения.

## В. Изменение парадигмы предоставления услуг в области здравоохранения и ее влияние на функции по оказанию услуг в области здравоохранения

13. Согласно сложившейся практике, система Организации Объединенных Наций реагирует на растущие потребности в услугах здравоохранения, нанимая все больше работников здравоохранения и открывая медицинские учреждения в различных местах, в частности в периферийных отделениях. Децентрализованный характер системы здравоохранения Организации Объединенных Наций ограничивает возможности организаций в плане надзора за ней, ее обслуживания и управления ею. Кроме того, способность организаций выполнять обязанность проявлять должную заботу о сотрудниках была еще больше ограничена в связи с отсутствием системы стандартов клинической практики и рамочной программы по вопросам охраны труда и техники безопасности. Разработка и внедрение таких всеобъемлющих рамочных основ ознаменовали изменение парадигмы оказания медицинских услуг, поскольку основной упор был сделан на профилактике, а не на лечении.

14. Большинство организаций, особенно те, которые имеют собственные службы здравоохранения, подтвердили, что внедрение новых подходов к управлению медицинским обслуживанием привело к постепенному преобразованию функций по оказанию услуг в области здравоохранения. В таблице 1 представлена информация об объединении и интеграции функций в области здравоохранения.

Таблица 1

**Преобразование функций по оказанию услуг в области здравоохранения в организациях-участниках, имеющих собственные службы здравоохранения**

Организация	Интеграция подфункций, связанных со здравоохранением					Ход интеграции
	Объединение функций в области здравоохранения	Подфункция по медицинскому обслуживанию	Подфункция по обеспечению психосоциального благополучия	Подфункция по обеспечению охраны труда и техники безопасности	Прочее	
ФАО	Да	Да	Да	Да	Нет	Завершена
ИКАО	Да	Да	Да	Да	Нет	Завершена
МОТ	Да	Да	Да	Да	Нет	Завершена
ИМО	Да	Да	Да	–	Нет	В процессе
МСЭ	Да	Да	Да	Да	Нет	В процессе
ЮНЕСКО	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Не начата
УВКБ ООН	Да	Да	Да	Да	Нет	Завершена
Секретариат Организации Объединенных Наций	Да	Да	Да	Да	Нет	Завершена
ВОИС	Да	Да	–	Да	Нет	В процессе
ВПП	Да	Да	Да	–	Да <sup>a</sup>	Завершена
ВОЗ	Да	Да	Да	Да	Нет	В процессе

Источник: подготовлено ОИГ на основе информации, предоставленной организациями-участниками, имеющими собственные службы здравоохранения.

<sup>a</sup> Подфункция по медицинскому страхованию.

15. Большинство работников здравоохранения признают необходимость полной интеграции функций в области здравоохранения, поскольку это позволяет применять более целостный подход к оказанию услуг в области здравоохранения, обеспечивает координацию и интеграцию вопросов здравоохранения и благополучия в рамках организации и способствует комплексному ведению пациентов. В некоторых организациях полная интеграция функций в области здравоохранения еще не завершена. В свете преимуществ, связанных с полной интеграцией функций, ожидается, что выполнение следующей рекомендации повысит эффективность выполнения функций в области здравоохранения.

#### **Рекомендация 1**

**До конца 2027 года административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций, которые имеют собственные службы здравоохранения и которые еще не сделали этого, следует пересмотреть организационные функции в области здравоохранения и обеспечить эффективную интеграцию соответствующих подфункций, связанных с охраной здоровья, для достижения наилучших результатов в области охраны здоровья персонала своих организаций.**

16. Помимо этого, текущий процесс преобразований может привести к сокращению использования служб здравоохранения, расположенных в штаб-квартирах, в качестве медицинских пунктов, принимающих без предварительной записи. Кроме того, в контексте интеграции функций в области здравоохранения и связанных с этим усилий, направленных на оптимизацию или сокращение объема услуг, предоставляемых без предварительной записи, Инспектор предлагает организациям изучить альтернативные возможности привлечения на уровне штаб-квартиры внешних частных поставщиков услуг в области здравоохранения на основе рамочных соглашений, с тем чтобы улучшить доступ и повысить качество медицинских услуг, которые полностью финансируются за счет планов/программ медицинского страхования. Помимо эффективности и результативности, такое альтернативное решение может положительно повлиять на образ жизни сотрудников, многие из которых не имеют основного лечащего врача (т. е. семейного врача), в плане доступа к здравоохранению.

### **С. Изменение организационной структуры и направления деятельности**

17. В ходе данного обзора было выявлено, что все больше организаций оптимизируют работу своих служб здравоохранения путем уделения основного внимания аспектам охраны труда, безопасности и общего благополучия. Постепенный переход от служб здравоохранения к комплексным медицинским службам свидетельствует о стратегической перестройке, направленной на обеспечение того, чтобы организации уделяли первоочередное внимание охране труда, безопасности и благополучию персонала. В таблице 2 представлена информация о ходе преобразования функций в области здравоохранения.

Таблица 2

**Процесс преобразований, отразившийся в новых названиях и организационных схемах комплексных служб здравоохранения**

Организация	Название службы здравоохранения до интеграции	Название службы здравоохранения после интеграции	Нынешняя структура службы здравоохранения
ФАО	Служба здравоохранения	Служба здравоохранения	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медицинский пункт</li> <li>2. Группа по консультированию персонала</li> <li>3. Группа по охране труда и технике безопасности</li> </ol>
ИКАО	Медицинская служба	Медицинская служба	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Охрана труда</li> <li>2. Служба первичной медико-санитарной помощи</li> <li>3. Глобальное телемедицинское обслуживание и оказание помощи сотрудникам</li> </ol>
МОТ	Медицинская служба	Служба охраны здоровья и благополучия персонала	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Группа по медицинским вопросам и вопросам консультирования и благополучия персонала</li> <li>2. Группа по вопросам охраны труда</li> </ol>
ИМО	Медицинский пункт	Служба охраны здоровья и обеспечения благополучия	Не структурировано на группы/секции
МСЭ	Медицинская служба	–	Процесс интеграции продолжается
ЮНЕСКО	Медицинская служба	Служба гигиены труда	Не структурировано на группы/секции
УВКБ ООН	Медицинская служба	Служба охраны здоровья и благополучия персонала	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медицинская секция</li> <li>2. Секция по вопросам психосоциальной поддержки и благополучия</li> <li>3. Группа по технике безопасности</li> </ol>
Секретариат Организации Объединенных Наций	Отдел медицинского обслуживания	Отдел по вопросам охраны здоровья, техники безопасности и гигиены труда	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медицинские данные и общественное здравоохранение</li> <li>2. Секция по вопросам качества услуг в области здравоохранения и управления клинической практикой</li> <li>3. Медицинские пособия</li> <li>4. Секция по вопросам охраны труда и техники безопасности</li> </ol>

Организация	Название службы здравоохранения до интеграции	Название службы здравоохранения после интеграции	Нынешняя структура службы здравоохранения
			5. Канцелярия Консультанта персонала 6. Секция общественного здравоохранения Группы реагирования на чрезвычайные медицинские ситуации Организации Объединенных Наций 7. Секция управления персоналом
ВОИС	Медицинский пункт	Служба по вопросам охраны труда и техники безопасности	Не структурировано на группы/секции
ВПП	Медицинская служба	Отдел по вопросам благополучия и культуры	1. Медицинская служба 2. Служба консультирования персонала 3. Служба медицинского страхования 4. Отдел по вопросам культуры и ценностей
ВОЗ	Услуги здравоохранения и медицинские услуги	Департамент по вопросам охраны здоровья и благополучия персонала	Не структурировано на группы/секции

Источник: подготовлено ОИГ на основе информации, предоставленной организациями-участниками.

18. Процесс интеграции функций в области здравоохранения пока мало повлиял на статус этих функций в организационной структуре и порядке подчинения. В связи с этим на первый план выходит вопрос, поднятый в докладе ОИГ 2011 года, о том, должны ли службы здравоохранения быть независимы от других организационных подразделений, в частности от отделов управления людскими ресурсами. Существует несколько примеров, демонстрирующих, что создание интегрированных служб охраны здоровья и благополучия, занимающих более высокое положение в структуре организации, привело к оптимизации услуг здравоохранения. Отделение функций здравоохранения от функций управления людскими ресурсами способствует автономии служб здравоохранения и региональных объединенных медицинских служб Организации Объединенных Наций и дает персоналу возможность обращаться за медицинскими услугами, в частности за медицинскими консультациями и психологической помощью, не опасаясь нарушения конфиденциальности. Различные структуры руководства, порядок подчинения, дополнительные функциональные задачи и ожидания, предъявляемые к службам здравоохранения, расположенным в штаб-квартирах, требуют единого подхода к их порядку административного подчинения и иерархическому статусу. Ожидается, что выполнение следующей рекомендации повысит эффективность выполнения функций в области здравоохранения.

## Рекомендация 2

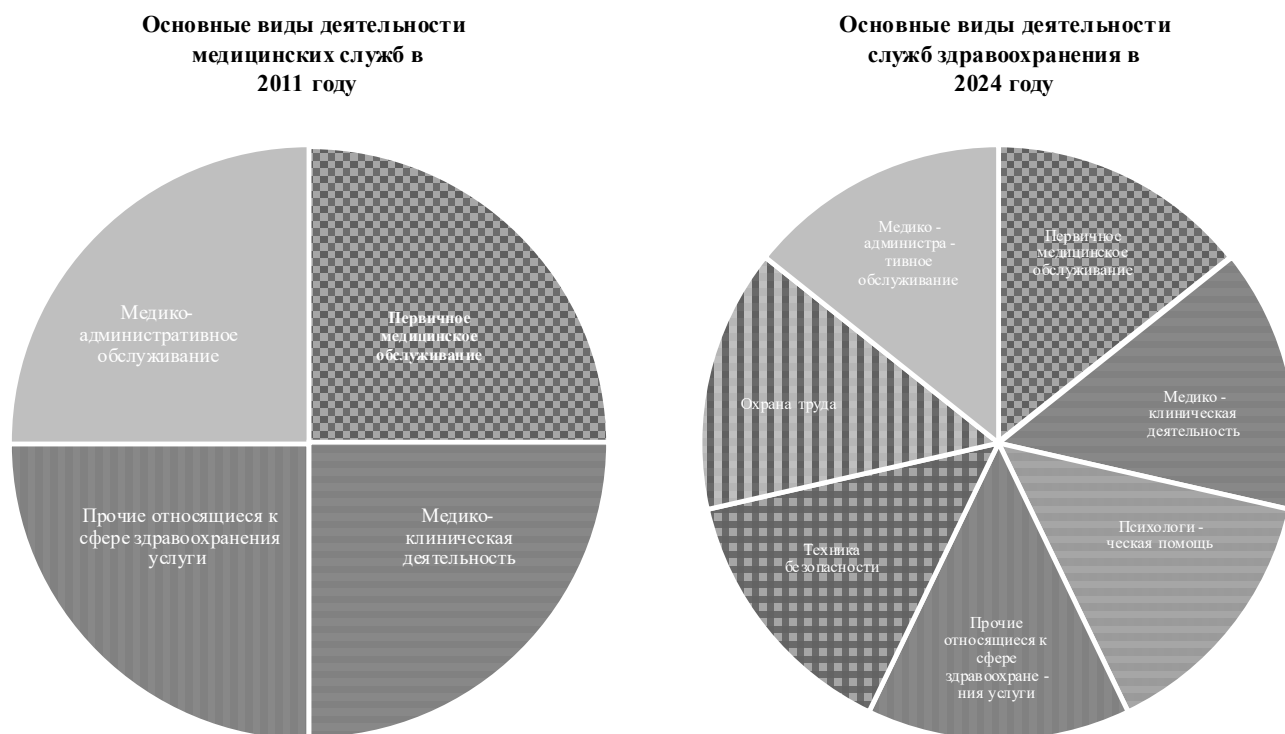
До конца 2027 года административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций, которые имеют собственные службы здравоохранения и которые еще не сделали этого, следует пересмотреть организацию работы данного функционального звена с точки зрения порядка подчинения, чтобы обеспечить степень автономии, необходимую для надлежащего управления и контроля за выполнением этой функции, а также для обеспечения конфиденциальности медицинских услуг и услуг в области психосоциального благополучия.

## D. Основные виды деятельности, директивные указания и мандаты

19. Помимо этого, преобразование медицинских служб в комплексные службы здравоохранения привело к увеличению числа основных видов деятельности (см. рисунок I).

Рисунок I

**Изменение основных видов деятельности: медицинские службы в сопоставлении со службами здравоохранения**



Источник: подготовлено ОИГ на основе информации, предоставленной организациями-участниками

20. В ходе данного обзора было выявлено, что директивные указания в отношении выполнения функций в области здравоохранения в организациях-участниках состоят из множества документов, включающих, среди прочего, правила и положения, руководства и стратегии. Вместе с тем, по большей части отсутствуют отдельные документы, в которых бы четко определялись мандаты служб здравоохранения организаций и региональных медицинских служб Секретариата Организации Объединенных Наций. Инспектор считает отсутствие официального мандата серьезнейшим недостатком. В соответствии с общей практикой, сложившейся в системе Организации Объединенных Наций, ожидается, что все организации примут официальный мандат для своей службы здравоохранения, в котором будут определены ее основные цели/задачи, функции или обязанности. Четко сформулированный мандат обеспечивает реалистичную основу для принятия решений о надлежащем объеме ресурсов для служб здравоохранения, в том числе в тех случаях, когда добавляются дополнительные задачи и обязанности. Ожидается, что выполнение следующих рекомендаций повысит эффективность руководства службами здравоохранения.

### **Рекомендация 3**

**До конца 2027 года административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций, которые имеют свои службы здравоохранения и которые еще не сделали этого, следует пересмотреть и опубликовать административные инструкции, в которых четко определяются главная цель, обязанности и основные виды деятельности службы здравоохранения их организации, включая соответствующие аспекты охраны труда и техники безопасности.**

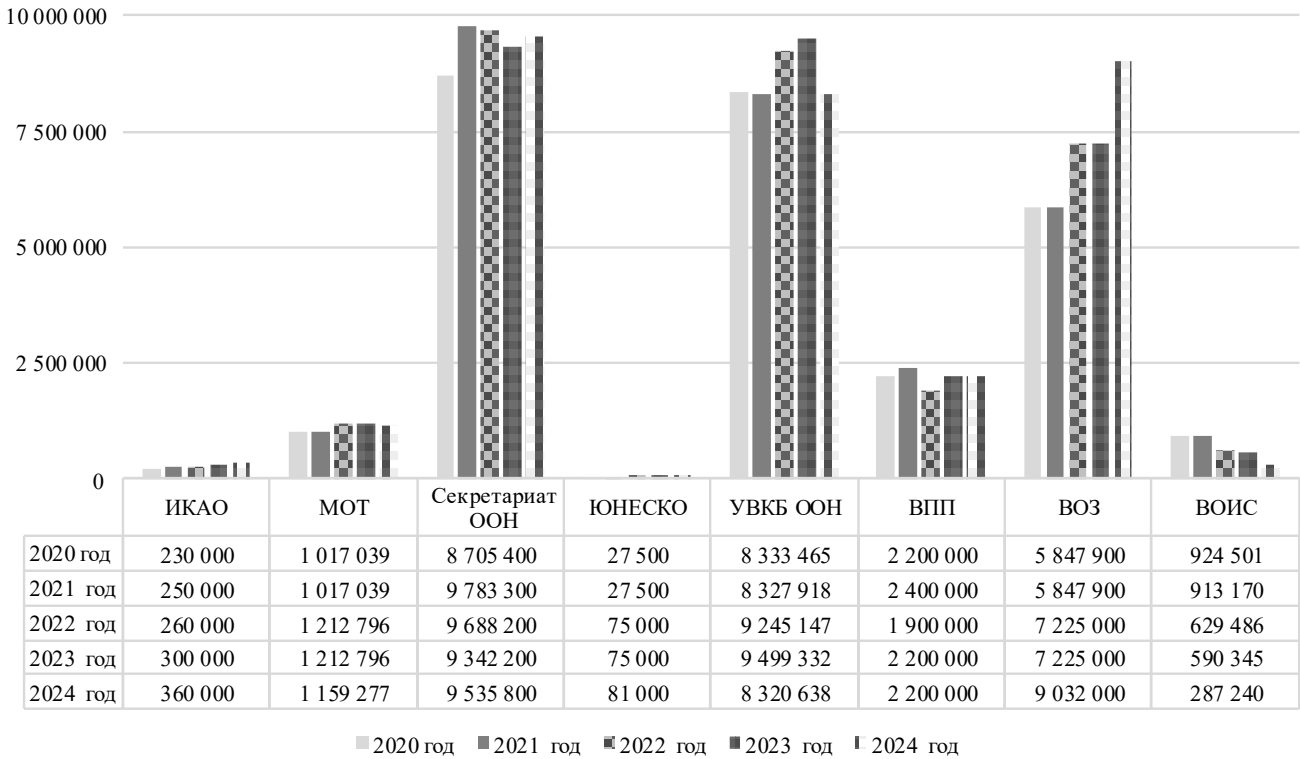
### **Рекомендация 4**

**До конца 2028 года Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций следует пересмотреть и опубликовать административные документы, которые предназначены для региональных медицинских служб, расположенных в отделениях вне штаб-квартир и в региональных комиссиях, и в которых были бы четко определены их цели, обязанности и основные виды деятельности, включая соответствующие аспекты охраны труда и техники безопасности.**

## **Е. Финансирование и закупки**

21. В ходе обзора было установлено, что бюджетные ассигнования на услуги здравоохранения не были затронуты процессом преобразования функций в области здравоохранения. Согласно информации, предоставленной некоторыми организациями, их бюджеты в целом останутся на аналогичном уровне по сравнению с периодом с 2020 по 2024 год, за исключением двух организаций. На рисунке II представлен обзор бюджетных средств, выделяемых на услуги здравоохранения организациями, предоставившими такие данные.

Рисунок II  
**Объем бюджетных средств, выделяемых на услуги здравоохранения отдельными организациями в период 2020–2024 годов**  
 (В долл. США)



Источник: подготовлено ОИГ на основе информации, предоставленной некоторыми организациями-участниками.

22. В ходе данного обзора было установлено, что при принятии решений о выделении средств на службы здравоохранения в основном учитывалось наличие средств и не было тесной связи с потребностями и первоочередными задачами в области здравоохранения. Очень немногие службы здравоохранения (например, в ВПП и ВОЗ) разрабатывают и публикуют специальные документы (например, оперативные планы, стратегии здравоохранения и другие), которые могут способствовать финансированию с учетом потребностей в области здравоохранения. Такой передовой опыт можно было бы распространить и на другие организации. **Организациям, которые еще не сделали этого, следует, сообразно обстоятельствам, разработать оперативные планы для своих служб здравоохранения, стратегии в области здравоохранения или аналогичные документы, которые могут способствовать выделению средств для оказания услуг в области здравоохранения с учетом меняющихся потребностей организации в области здравоохранения.**

23. Как правило службы здравоохранения практически не имеют права распоряжаться своими средствами. В основном это обусловлено их подчиненным положением в организационной структуре. Важно, чтобы службы здравоохранения вносили свой вклад в составление бюджетов, независимо от существующей организационной структуры и порядка подчинения. **Организациям, которые еще не сделали этого, следует привлечь руководителей служб здравоохранения к процессу составления бюджета, связанному с выделением средств на**



услуги здравоохранения, чтобы обеспечить эффективное составление бюджета и его соответствие меняющимся первоочередным задачам и потребностям организации в области здравоохранения.

24. Существуют различные подходы к закупкам предметов медицинского назначения. Критерии закупок, используемые для приобретения предметов медицинского назначения, соответствуют правилам и положениям организации о закупках. Как правило, они включают в себя цену, качество, срок поставки и срок годности. Хотя цена продукции всегда является важным фактором, **Инспектор призывает организации отдавать предпочтение основанным на стоимости подходам при закупке<sup>9</sup> предметов медицинского назначения, чтобы максимизировать конечную ценность денег.**

25. Большинство организаций отдают предпочтение централизованным закупкам предметов медицинского назначения. Несмотря на их преимущества, централизованные закупки могут быть менее гибкими для удовлетворения местных потребностей, менее эффективными и более трудоемкими из-за необходимости получения разрешения от служб закупок штаб-квартир. **Обеспечение требуемой гибкости при выборе вариантов закупок и условий оплаты для сетей местных поставщиков может быть полезным для полевых структур, испытывающих острые потребности в предметах медицинского назначения в не-большом объеме.**

## **Г. Кадровый состав, квалификационные требования и программы карьерного роста**

26. Кадровый состав медицинских служб значительно отличается в разных организациях ввиду их различных мандатов и географического охвата. В ходе данного обзора было установлено, что распределение персонала, включая наем сотрудников для полевых медицинских учреждений, редко основывается на реальных потребностях и оценках потребностей. **Организациям следует периодически проводить оценку кадровых потребностей своих медицинских учреждений, чтобы обеспечить надлежащее и достаточное распределение персонала, соответствующее приоритетам организации в области здравоохранения.**

27. Наем медицинских работников определяется политикой и процедурами, установленными для назначения сотрудников на штатные должности. Такой подход может оказаться неоптимальным для найма медицинского персонала, особенно в полевых медицинских учреждениях. **Организации со значительным числом медицинских работников должны стремиться к стандартизации процесса найма, издав процедуру технической проверки, включая руководство и/или типовые регламенты.**

<sup>9</sup> Закупки, основанные на стоимости, предусматривают оценку закупок не только с точки зрения цены, но и с учетом таких факторов, как долгосрочная стоимость и другие параметры, с тем чтобы обеспечить качественное медицинское обслуживание по конкурентоспособным или устойчивым ценам.

### III. Управление услугами здравоохранения

28. Организации системы Организации Объединенных Наций вложили значительные ресурсы в развитие сети полевых медицинских учреждений. Даже в тех случаях, когда медицинские учреждения развернуты на местах, возникают проблемы с воспроизведением условий, существующих в медицинских учреждениях, которые доступны для персонала, базирующегося в штаб-квартирах. Основными предпосылками для устранения этих пробелов являются надлежащие стандарты оказания медицинской помощи и соответствующая требованиям инфраструктура здравоохранения.

#### A. Стандарты оказания помощи

29. Стандарты оказания помощи являются одним из основных принципов управления услугами здравоохранения. Благодаря наличию стандартов и руководств поставщики услуг здравоохранения Организации Объединенных Наций смогут оказывать медицинскую помощь на постоянной основе, что, в свою очередь, приведет к сокращению расходов на здравоохранение и выплату компенсаций. Ожидаемые результаты внедрения стандартов оказания помощи кратко изложены во вставке 1. Некоторые организации используют собственные стандарты оказания помощи. Несмотря на различия в мандатах, направлениях деятельности и первоочередных задачах служб здравоохранения, действующих в различных организациях, **Инспектор рекомендует организациям, которые не сделали этого, пересмотреть, скорректировать или принять стандарты оказания помощи, соответствующие стандартам качества охраны здоровья и безопасности пациентов, установленным Организацией Объединенных Наций, с тем чтобы обеспечить общесистемную стандартизацию и облегчить их внедрение и соблюдение.**

##### Вставка 1

##### **Ожидаемые результаты внедрения стандартов Организации Объединенных Наций в области здравоохранения**

- Уменьшение предотвратимого вреда и снижение показателей сопутствующих заболеваний и смертности
- Обеспечение согласованности процессов и систем во всех больницах и медицинских пунктах Организации Объединенных Наций
- Предоставление возможности для сбора и измерения клинических результатов в целях повышения качества
- Предоставление возможности для оценки качества обслуживания пациентов
- Оправдание ожиданий всего персонала миссии и Организации Объединенных Наций в плане надежного, последовательного и бесперебойного оказания помощи

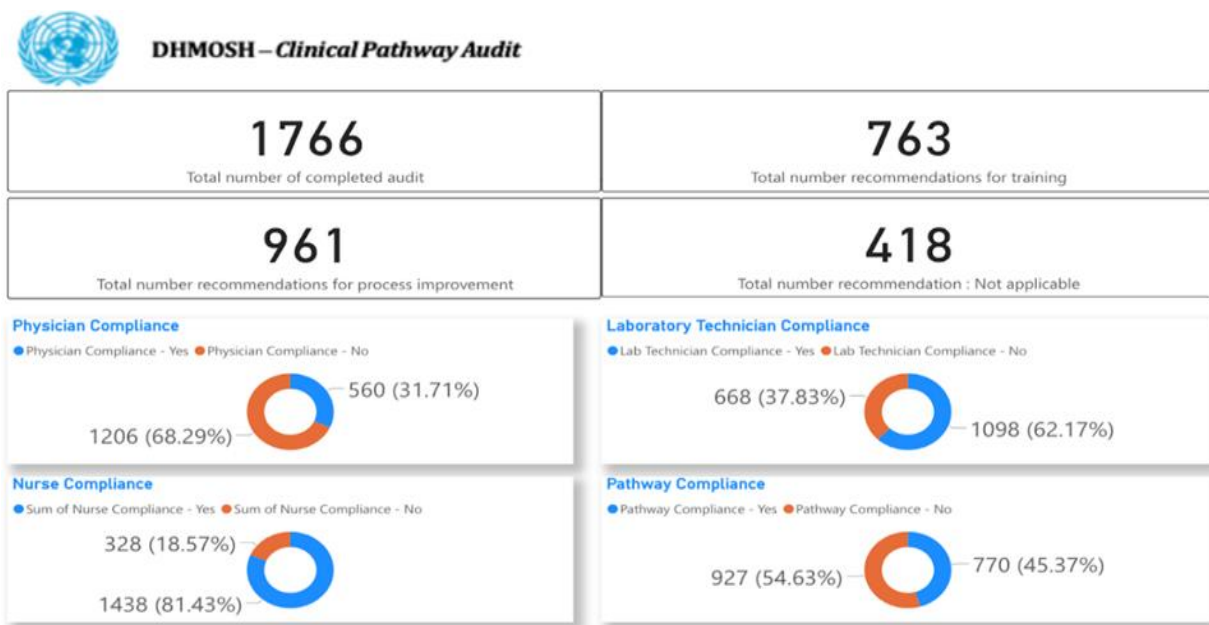
*Источник:* международные цели и стандарты безопасности пациентов, установленные Организацией Объединенных Наций (2019 год).

30. Всего четыре организации (УВКБ ООН, Секретариат Организации Объединенных Наций, ВПП и ВОИС) подтвердили наличие механизмов мониторинга и оценки уровня соответствия существующим стандартам оказания помощи, однако следует признать, что только Секретариат Организации Объединенных Наций обладает потенциалом для эффективного контроля и оценки. На момент проведения данного обзора отсутствовали данные, позволяющие определить, в скольких медицинских учреждениях Организации Объединенных Наций во всем мире внедрены процессы, соответствующие стандартам качества охраны здоровья и безопасности пациентов. Вместе с тем, по имеющейся в открытом доступе информации, в период с 2021 по 2023 год один медицинский пункт, базирующийся в штаб-квартире (УВКБ ООН), и четыре больницы миротворческих миссий успешно завершили оценку качества и стандартов обслуживания пациентов<sup>10</sup>. Отзывы, полученные от Отдела охраны здоровья, техники безопасности и гигиены труда, также показали, что в результате 10 оценок стандартов качества охраны здоровья и безопасности пациентов, проведенных в больницах к середине 2024 года, 3 больницы получили неудовлетворительную оценку<sup>11</sup>.

31. Отдел охраны здоровья, техники безопасности и гигиены труда разработал информационную панель соответствия клиническим протоколам, которая служит механизмом отслеживания нескольких показателей в режиме реального времени (см. рисунок III). По результатам 418 проверок соблюдения норм клинической практики установлено полное соответствие четырем отслеживаемым категориям (рекомендуемое количество медицинского персонала; соблюдение или несоблюдение протоколов, а также в разбивке по каждому медицинскому учреждению).

Рисунок III

**Показатели соблюдения стандартов качества охраны здоровья и безопасности пациентов в период с июля 2023 года по май 2024 года**



Источник: Отдел охраны здоровья, техники безопасности и гигиены труда.

<sup>10</sup> Первый доклад о ходе работы (формат A4+).

<sup>11</sup> По состоянию на 9 июля 2024 года на рассмотрении находились восемь оценок стандартов качества охраны здоровья и безопасности пациентов.

## В. Инфраструктура здравоохранения

32. Часто поступают сообщения о том, что инфраструктура здравоохранения на местах Организации Объединенных Наций является недостаточной или не соответствует требованиям. Организации не предоставили конкретной информации для определения доли несоответствующих требованиям медицинских учреждений с точки зрения недостаточного потенциала и других соответствующих показателей.

33. Чтобы разобраться в ситуации, были проанализированы ответы, полученные в ходе бесед, и данные, содержащиеся в находящихся в открытом доступе ревизионных докладах Управления служб внутреннего надзора. Во вставке 2 представлены данные в разбивке по миротворческим миссиям, в которых были проведены проверки, и количеству проверок и рекомендаций. Анализ данных выявил следующие недостатки в плане соблюдения требований Организации Объединенных Наций, касающихся потенциала и возможностей медицинских учреждений миротворческих миссий: а) недостатки, связанные с адекватностью полевых медицинских учреждений; б) пробелы, связанные с адекватностью программ технического обслуживания медицинского оборудования и систем управления запасами лекарственных средств; в) недостатки, связанные с адекватностью механизмов эвакуации пострадавших; г) недостатки, связанные с адекватностью механизмов возмещения затрат на предоставляемые услуги; д) недостатки, связанные с планированием поддержки; и е) недостатки, связанные с развертыванием медицинских учреждений и их распределением по местам базирования.

### Вставка 2

#### Число проверок (и рекомендаций)

- МИНУСКА — 2 (14)
- МИНУСМА — 1 (11)
- МООНСДРК — 2 (8)
- МООНСИ — 1 (2)
- ВСООНК — 1 (8)
- ВСООНЛ — 2 (6)
- МООНЮС — 3 (15)
- UNSOS/UNSOM — 1 (5)
- ЮНАМИД — 1 (7)

34. Только несколько организаций предоставили данные о потенциале и возможностях медицинских пунктов, не относящихся к миротворческим миссиям, в частности медицинских пунктов ПРООН и ВПП. Отсутствие конкретных данных не позволило оценить их адекватность с точки зрения потенциала/возможностей, интенсивностью использования, а также их экономичности и эффективности.

35. В ходе данного обзора были выявлены ненадлежащая обязательная медицинская поддержка на местах, а также неэффективное управление услугами здравоохранения на основе рисков. По данным одной из организаций, 50 процентов из 612 мест службы Организации Объединенных Наций не соответствуют требованиям в отношении всех обязательных компонентов медицинской поддержки.

36. Следует избегать практики закрытия или открытия отдельными организациями полевых медицинских пунктов без учета общесистемного плана медицинского обслуживания и общих потребностей страновой группы Организации Объединенных Наций. Во вставке 3 приводятся краткие примеры практики, которая препятствует внедрению на местах управления услугами здравоохранения на основе рисков.

#### Вставка 3

#### **Ожидаемые результаты внедрения стандартов Организации Объединенных Наций в области здравоохранения**

- Дальнейшее оказание поддержки медицинским учреждениям, которые не соответствуют своему назначению
- Зависимость от медицинской эвакуации в качестве первой линии защиты, в то время как она должна быть последней
- Дублирование усилий различных структур Организации Объединенных Наций, приводящее к созданию аналогичных медицинских пунктов, иногда расположенных в непосредственной близости друг от друга, в одном и том же месте службы
- Неспособность учитывать устойчивость и масштабируемость при разработке местных решений; низкий уровень признания новых подходов, которые могут способствовать выработке решений с меньшим риском в сложных условиях

*Источник:* ответы на вопросник ОИГ.

37. Существуют методы оценки риска для здоровья, позволяющие оценить доступ к услугам здравоохранения в периферийных местах службы в целях объективной оценки существующих недостатков и предложения оптимальных решений. Тем не менее эти методы не находят широкого применения из-за сохранения устаревшей практики и/или отсутствия финансирования для их внедрения. Неэффективное внедрение модели управления рисками в организации работы полевых медицинских учреждений подрывает обязанность проявлять должную заботу и снижает эффективность системы здравоохранения. Разработка комплексных планов медицинского обеспечения с учетом рисков для здоровья в местах службы имеет решающее значение для развертывания медицинских учреждений, соответствующих своему назначению, и оптимального распределения медицинских учреждений в районе проведения операций. Ожидается, что выполнение следующей рекомендации улучшит доступ персонала Организации Объединенных Наций к услугам здравоохранения и повысит эффективность и результативность работы медицинских учреждений Организации Объединенных Наций.

### Рекомендация 5

До конца 2027 года административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций, которые еще не сделали этого, следует оценить и выявить недостатки или области для улучшения в отношении доступа своего персонала к услугам здравоохранения, определив первоочередные задачи и используя методы оценки рисков для здоровья, подготовленные Сетью директоров медицинских служб Организации Объединенных Наций и одобренные Комитетом высокого уровня по вопросам управления Координационным советом руководителей системы Организации Объединенных Наций.

## С. Меры по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и оказанию экстренной медицинской помощи

38. Основные меры по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и оказанию экстренной медицинской помощи включают Группу реагирования на чрезвычайные медицинские ситуации Организации Объединенных Наций, эвакуацию пострадавших и медицинскую эвакуацию. Задача Группы заключается в обеспечении готовности и реагирования в кризисных ситуациях, связанных с массовыми жертвами, а эвакуация пострадавших и медицинская эвакуация призваны обеспечить своевременное оказание помощи тяжелообольным и раненым в любых условиях, в том числе в случае инцидентов с массовыми жертвами.

39. В ходе данного обзора было установлено, что Группа в ее нынешнем виде и составе функционирует частично и может играть лишь ограниченную роль в обеспечении готовности к медицинским чрезвычайным ситуациям и реагировании на них. Инспектор отмечает, что рабочая группа в составе старших медицинских специалистов пересмотрела и уточнила сферу деятельности и круг ведения Группы и ее систему командования в случае непредвиденных ситуаций. Предлагаемая концепция «Группа реагирования на чрезвычайные медицинские ситуации Организации Объединенных Наций 2.0» (см. рисунок IV) призвана устранить недостатки существующего механизма координации действий в чрезвычайных ситуациях. Административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций следует в консультации с административными руководителями других организаций, являющихся членами КСР, принять индивидуальные или коллективные меры для рассмотрения в рамках межучрежденческих механизмов Комитета высокого уровня по вопросам управления вопроса об одобрении пересмотренной концепции Группы, предложенной Сетью директоров медицинских служб Организации Объединенных Наций. Им также рекомендуется изучить возможность межучрежденческого финансирования Группы в поддержку ее общесистемного мандата в области координации оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.

Рисунок IV

Концепция «Группа реагирования на чрезвычайные медицинские ситуации Организации Объединенных Наций 2.0»



Источник: Группа реагирования на чрезвычайные медицинские ситуации Организации Объединенных Наций (июнь 2024 года).

40. Предлагаемая реструктуризация Группы и желаемое расширение поддержки в области координации оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях, которая также охватывает эвакуацию пострадавших и медицинскую эвакуацию, свидетельствуют о том, что важной задачей остается повышение оперативности оказания медицинской помощи персоналу Организации Объединенных Наций и ее качества на местах. Инспектор отмечает, что в результате полномасштабных учений по эвакуации раненых, проведенных в нескольких миротворческих миссиях, были выявлены недостатки в системе оказания медицинской помощи, которые были устранены, в том числе путем обновления в 2020 году стратегии эвакуации раненых<sup>12</sup>.

41. При этом ожидается обновления административная инструкция 2000 года по медицинской эвакуации (ST/AI/2000/10). Эта инструкция должна быть тесно связана с обновленной политикой эвакуации пострадавших, чтобы обеспечить комплексное и эффективное взаимодействие этих двух механизмов. В ней также должны быть рассмотрены некоторые оперативные проблемы, выявленные в ходе уникальных обстоятельств пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19). Хотя механизмы медицинской эвакуации в основном функционировали эффективно, прошлый опыт помог выявить возможности для совершенствования в таких областях, как готовность к быстрому реагированию, оптимизация процедур медицинской эвакуации и обеспечение последовательных и надежных протоколов передачи больного персонала.

42. Исходя из вышесказанного, Инспектор предлагает Генеральному секретарю обновить административную инструкцию 2000 года по медицинской эвакуации. Механизм медицинской эвакуации в связи с COVID-19, созданный

<sup>12</sup> См. United Nations, "Casualty evacuation in the field" (1 March 2020).

для удовлетворения запросов на медицинскую эвакуацию в рамках всей системы Организации Объединенных Наций в период с 2020 по 2022 годы, служит примером эффективного и действенного межучрежденческого подхода, основанного на механизмах совместного несения расходов. Это пример передовой практики и его следует поддерживать и развивать. В связи с этим **Инспектор предлагает организациям использовать уроки, извлеченные из работы механизма медицинской эвакуации в связи с COVID-19, для повышения эффективности использования ресурсов в целях совершенствования механизмов координации оказания экстренной медицинской помощи.**

#### **D. Некоторые вопросы, связанные с управлением медицинским персоналом и координацией деятельности**

43. Различные уровни ответственности и порядок подчинения медицинских учреждений традиционно создают ряд проблем, связанных с координацией в вопросах подотчетности, кадровое планирования в области здравоохранения и медицинского обеспечения на местах. Центральный орган Организации Объединенных Наций по этим вопросам отсутствует. Отдел охраны здоровья, техники безопасности и гигиены труда является единственной структурой, которой поручено способствовать эффективной координации медицинского обеспечения на местах, в том числе посредством стратегического планирования и управления медицинским персоналом. Вместе с тем Отдел не имеет прямых полномочий в отношении медицинских учреждений, находящихся в ведении других организаций (например, ПРООН) или их медицинского персонала. Его роль остается в основном консультативной и ограничивается структурами и местами службы, находящимися в его ведении. Один из опрошенных отметил: «Командование и управление медицинскими службами в настоящее время не построено ни на эффективной иерархии, ни даже на матричной системе подотчетности. Оно опирается на руководящие указания, а не полномочия». В отсутствие делегированных технических полномочий директивные указания Отдела, какими бы строгими они ни были, по-прежнему будут носить рекомендательный характер, что может размывать ответственность за управление медицинскими пунктами, кадровое планирование и соблюдение минимальных стандартов. Усиливается необходимость в установлении четких функций и обязанностей по техническому надзору, позволяющих делегировать полномочия в области медицинского обслуживания. Ожидается, что осуществление следующей рекомендации будет способствовать официальному оформлению технического надзора и повышению уровня подотчетности.

##### **Рекомендация 6**

**До конца 2027 года Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций следует опубликовать административную инструкцию по медицинскому техническому надзору, чтобы установить эффективные функции и четкие обязанности.**



## Е. Обеспечение доступа к услугам здравоохранения на местах с помощью общих/вспомогательных медицинских служб

44. Организации могут подписаться на услуги здравоохранения для своего полевого персонала, предоставляемые объединенными медицинскими службами Организации Объединенных Наций, действующими в региональных центрах Организации Объединенных Наций, а также медицинскими пунктами и другими медицинскими учреждениями Организации Объединенных Наций, развернутыми в периферийных местах службы. Меморандумы о взаимопонимании и соглашения об уровне обслуживания определяют условия предоставления услуг, механизмы распределения затрат, порядок выставления счетов и другие важные подробности. Они также могут включать, среди прочего, обязательства сторон, подписавших договор, порядок рассмотрения споров и положения о показателях эффективности и расторжении договора. Как правило, надзор за предоставлением и качеством услуг здравоохранения по подписке осуществляют комитеты по надзору/управлению в области общего обслуживания или их эквиваленты, в состав которых входят представители структур, подписавших договор. По данным Центра бронирования Организации Объединенных Наций<sup>13</sup>, работающего под эгидой ВПП и осуществляющего совместное обслуживание 18 организаций системы Организации Объединенных Наций, по состоянию на середину июня 2025 года в его разделе по медицинским вопросам было зарегистрировано более 90 медицинских пунктов Организации Объединенных Наций и более 40 консультантов, предоставляющих такие услуги.

45. Как правило, метод исчисления расходов основан на сборах на человека за определенные услуги и/или плате за обслуживание, при которой плата взимается за фактическое использование других услуг. Кроме того, может быть полезно изучить и уточнить, какие услуги здравоохранения могут быть отнесены к возмещаемым в рамках существующих программ медицинского страхования. Очень немногие организации исследовали этот метод. Осознавая ограничения, связанные с таким подходом (например, сотрудники могут иметь отдельные страховки, что ограничивает возможность выставления единых счетов), **Инспектор предлагает организациям рассмотреть возможность применения модели возмещения расходов за счет страхования в целях повышения финансовой устойчивости совместно финансируемых/общих медицинских служб.**

46. Финансовая устойчивость совместно финансируемых/общих медицинских служб может быть еще больше оптимизирована с помощью более гибких и сбалансированных методов исчисления расходов. Периодические обзоры меморандумов о взаимопонимании и соглашений об уровне обслуживания могут предоставить такую возможность. Однако, как показал данный обзор, таким обзорам не всегда уделяется первоочередное внимание, даже когда условия и требования на местах меняются. **Инспектор рекомендует организациям периодически пересматривать соглашения о совместном несении расходов и методы исчисления затрат в совместно финансируемых/общих медицинских службах, предоставляющих услуги по подписке, чтобы убедиться, что они отвечают интересам как поставщиков услуг, так и их пользователей.**

47. Организации и поставщики медицинских услуг согласны с тем, что совместно финансируемые/общие медицинские службы способствуют межучрежденческому сотрудничеству на местах и обеспечивают эффективность за счет эффекта масштаба. Однако устойчивость этой выгодной модели часто ставится под угрозу из-за практики отказа от участия. Решения об отказе от услуг часто

<sup>13</sup> См. <https://unbooking.org/>.

принимаются руководителями на местах произвольно, иногда на основе финансовых предубеждений, без учета возможных негативных последствий для уровня медицинского обеспечения, которое персонал на местах имеет право получать. Это особенно важно для тех мест службы, где последующее снижение качества некоторых специализированных медицинских услуг или даже прекращение их предоставления в результате решения об отказе от участия не может быть исправлено местными медицинскими учреждениями.

48. В связи с этим Инспектор предлагает руководителям структур Организации Объединенных Наций на местах, заключивших соглашения о совместном покрытии медицинских расходов, проконсультироваться со старшими медицинскими сотрудниками своих организаций по поводу предложений об отказе от участия, чтобы обеспечить всесторонний учет потребностей персонала на местах в медицинском обслуживании в соответствии с требованиями проявлять должную заботу.

49. Хотя отказ от услуг совместно финансируемых/общих служб здравоохранения является прерогативой всех отдельных подписавших соглашение структур, такие решения следует рассматривать с точки зрения потенциальных негативных последствий для распределения бремени. Инспектору сообщили, что некоторые решения об отказе от участия были приняты и осуществлены без предварительного уведомления. Это свидетельствует о том, что не все меморандумы о взаимопонимании и соглашения об уровне обслуживания (в соответствующих случаях) содержат эффективные или конкретные положения о прекращении действия соглашений и выходе из них, включая положения о случаях, когда оставшиеся пользователи услуг не в состоянии взять на себя финансовые обязательства отказывающихся от услуг пользователей пользователей. Включение таких оговорок и других соответствующих положений, что также рекомендуется в разработанном Группой Организации Объединенных Наций по устойчивому развитию стандартном шаблоне меморандума о взаимопонимании, касающегося общего обслуживания<sup>14</sup>, может повысить финансовую устойчивость совместно финансируемых/общих медицинских служб и, тем самым, создать более сильный сдерживающий фактор для произвольного отказа от участия. Следующая рекомендация призвана устранить недостатки, связанные с произвольным отказом от участия, и усилить контроль и соблюдение требований путем обеспечения и поддержания строгих требований в отношении обзора и эффективности договорных положений для поддержки устойчивости совместного медицинского обслуживания на местах.

#### **Рекомендация 7**

**Административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций, которые еще не сделали этого, следует периодически пересматривать, предпочтительно в рамках существующих специальных органов управления/надзора, меморандумы о взаимопонимании и/или соглашения об уровне обслуживания, согласно обстоятельствам, и продолжать улучшать их положения, в частности положения, касающиеся внесения поправок, прекращения действия соглашений и выхода из них, с тем чтобы обеспечить устойчивость и эффективность совместных/общих медицинских служб.**

<sup>14</sup> См. <https://unsdg.un.org/resources/memorandum-understanding-concerning-provision-and-use-common-services>.

#### IV. Содействие выполнению обязательств в области охраны труда и техники безопасности

50. Медицинские службы играют одну из главных ролей в принятии и реализации стратегий и стандартов в области охраны труда и техники безопасности на уровне всей системы и в своих собственных организациях. Такие стратегии и стандарты обеспечивают структурированный подход в том, что касается охраны труда и техники безопасности. Рамочная программа по вопросам охраны труда и техники безопасности в Организации Объединенных Наций, разработанная по инициативе Сети директоров медицинских служб Организации Объединенных Наций и одобренная в 2015 году Комитетом высокого уровня по вопросам управления<sup>15</sup>, предоставляет четкую структуру и руководство для использования во всех организациях системы Организации Объединенных Наций в целях обеспечения охраны здоровья, безопасности и благополучия персонала системы Организации Объединенных Наций. Как показано во вставке 4, организационная система обеспечения охраны труда и техники безопасности включает в себя такие основные элементы, как разработка политики, распределение обязанностей на высших уровнях, наращивание потенциала на всех уровнях и внедрение процессов обеспечения соответствия и постоянного совершенствования.

##### Вставка 4

##### **Элементы для поэтапного внедрения в соответствии с рамочной программой/системой охраны труда и техники безопасности**

- Надзорный орган по вопросам охраны труда и техники безопасности, возглавляемый высшим руководством
- Общеорганизационная стратегия в области охраны труда и техники безопасности
- Анализ рисков в области охраны труда и техники безопасности, оценка и определение приоритетности этих рисков, а также разработка планов управления рисками для самых высоких рисков
- Внедрение системы оповещения об инцидентах, связанных с охраной труда и техникой безопасности
- Разработка дополнительных стандартов и руководств по вопросам охраны труда и техники безопасности, а также создание механизма контроля за соблюдением этих стандартов
- Наращивание потенциала всей организации посредством учебной подготовки и повышения осведомленности

51. В ходе данного обзора было установлено, что некоторые службы здравоохранения должны выступать в качестве владельцев организационной системы обеспечения охраны труда и техники безопасности. В одном случае создание и внедрение организационной системы обеспечения охраны труда и техники безопасности было включено в мандат соответствующей службы здравоохранения в качестве одной из основных функций. Такие требования не оправданы. В рамочной программе по вопросам охраны труда и техники безопасности специально подчеркивается, что «[обеспечение охраны труда и техники безопасности] является обязанностью руководителей среднего звена и эти вопросы не могут

<sup>15</sup> CEB/2015/HLCM/7/Rev.2 (31 марта 2015 года).

решаться службой здравоохранения, действующей в отрыве от руководства». Исходя из вышесказанного, **Инспектор предлагает административным руководителям организаций-участников обеспечить, чтобы функции и обязанности их службы здравоохранения в рамках организационных систем обеспечения охраны труда и техники безопасности были тесно увязаны с принципами, предусмотренными в рамочной программе по вопросам охраны труда и техники безопасности.**

52. В ответ на вопросник ОИГ организации представили информацию о ходе выполнения отдельных рекомендаций Целевой группы по вопросу об обязанности проявлять должную заботу и рамочной программы по вопросам охраны труда и техники безопасности, используя матрицу, включающую основные вопросы, заданные в ходе обследований, проводимых Форумом по вопросам охраны труда и техники безопасности, для оценки прогресса в выполнении отдельных компонентов<sup>16</sup>. В целом, примерно половина организаций добилась прогресса в выполнении рекомендаций Целевой группы по вопросу об обязанности проявлять должную заботу или находится в процессе их выполнения<sup>17</sup>. В ходе данного обзора было установлено, что внедрение компонентов системы обеспечения охраны труда и техники безопасности в организациях-участниках продолжается и находится на разных стадиях завершения. Хотя обязательства высокого уровня были зафиксированы в общесистемных документах, воплощение документов в меры управленческого характера, особенно на местном уровне, было недостаточным.

53. Как видно из таблицы 3, только шесть организаций приняли специальную стратегию в области охраны труда и техники безопасности, восемь — создали надзорный орган по вопросам охраны труда и техники безопасности, а четыре — создали механизм для распространения стандартов в области охраны труда и техники безопасности и использовали такие стандарты. Хотя 12 организаций подтвердили наличие возможностей для сообщения об инцидентах, а 6 — о наличии реестров рисков в области охраны труда и техники безопасности, лишь немногие организации приступили к определению источников данных и анализу рисков, что крайне важно для снижения угроз с учетом рисков в упреждительном порядке и предотвращения инцидентов. Потенциал в области охраны труда и техники безопасности остается неоптимальным, учитывая, что только девять организаций сообщили о создании комитетов по вопросам охраны труда и техники безопасности на уровне штаб-квартиры и шесть — на региональном или страновом уровнях.

<sup>16</sup> В соответствии с приложениями 1 и 2 вопросника ОИГ для организаций.

<sup>17</sup> В приложение 1 к вопроснику ОИГ не были включены области, связанные с медицинским страхованием и психическим здоровьем.

Таблица 3

**Ход внедрения рамочной программы по вопросам охраны труда и техники безопасности в областях, имеющих особое значение, по состоянию на 30 сентября 2024 года**

Рамочная программа по вопросам охраны труда и техники безопасности и система охраны труда и техники безопасности				Наращивание потенциала в области охраны труда и техники безопасности на региональном или страновом уровнях					
Стратегия в области охраны труда и техники безопасности	Надзорный орган по вопросам охраны труда и техники безопасности	Комитет по вопросам охраны труда и техники безопасности на уровне штаб-квартиры	Координаторы по вопросам охраны труда и техники безопасности на уровне штаб-квартиры	Комитеты по вопросам охраны труда и техники безопасности	Координаторы по вопросам охраны труда и техники безопасности	Достаточные ресурсы для внедрения системы обеспечения охраны труда и техники безопасности	Система оповещения об инцидентах	Реестр рисков, связанных с охраной труда и техникой безопасности	Стандарты в области охраны труда и техники безопасности и механизмы их распространения
ФАО МАГАТЭ МОТ УВКБ ООН ЮНОПС ВПП	ФАО ИКАО МОТ УВКБ ООН ЮНИСЕФ Секретариат Организации Объединенных Наций Структура «ООН-женщины» ВПП	ФАО МАГАТЭ ИКАО МОТ ЮНЭЙДС УВКБ ООН Секретариат Организации Объединенных Наций ВПП ВОЗ	МАГАТЭ ИКАО МОТ ИМО МСЭ ЮНЭЙДС УВКБ ООН Секретариат Организации Объединенных Наций ЮНОПС ВПП ВОЗ	МОТ ЮНЭЙДС УВКБ ООН ВПП ВОЗ	МОТ МСЭ ПРООН УВКБ ООН ЮНИСЕФ ЮНОПС ВПП ВОЗ	МОТ ЮНЭЙДС УВКБ ООН МОТ МСЭ ИМО ПРООН ЮНОПС УВКБ ООН Секретариат Организации Объединенных Наций ЮНОПС БАПОР Структура «ООН-женщины» ВПП ВОЗ	ФАО МОТ ИМО ПРООН УВКБ ООН ВПП	МОТ ИМО ПРООН УВКБ ООН ЮНОПС ВПП	ФАО УВКБ ООН ЮНИСЕФ ВПП

Источник: подготовлено ОИГ на основе ответов организаций на приложение 2 опросника для организаций.

54. Система оповещения об инцидентах является одним из важных элементов организационной системы обеспечения охраны труда и техники безопасности. Организациям необходимо регистрировать и урегулировать инциденты, связанные с охраной труда (несчастные случаи, травмы и заболевания). В рамках опросника организации предоставили информацию об инцидентах в области охраны труда и техники безопасности в период 2020–2023 годов, включая категории инцидентов и количество требований о возмещении ущерба (см. таблицу 4). Из 12 организаций, сообщивших о наличии системы оповещения об инцидентах в области охраны труда и техники безопасности, 5 предоставили данные за весь четырехлетний период, а 5 — только за некоторые годы. Еще семь организаций, не имеющих системы оповещения об инцидентах, представили данные за весь период (ИКАО, ЮНИДО и ВОИС) или только за некоторые годы (МАГАТЭ, ЮНЕСКО, ЮНФПА и ВПС).

Таблица 4

**Персонал, пострадавший в результате инцидентов, происходящих вследствие нарушения техники безопасности, 2020–2023 годы**

	Инциденты, происходящие вследствие нарушения техники безопасности, и требования о возмещении ущерба															
	Места расположения штаб-квартир								Периферийные места службы							
	Число инцидентов, происходящих вследствие нарушения техники безопасности								Число инцидентов, происходящих вследствие нарушения техники безопасности							
					Требования о компенсации								Требования о компенсации			
	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год
ФАО	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	48	X	X	X	X
МАГАТЭ	X	X	X	X	14	26	17	7	X	X	X	X	X	X	X	X
ИКАО	2	1	0	1	1	(1)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
МОТ	4	2	7	11	4	2	7	11	1	0	0	1	1	0	0	1
ИМО	0	0	0	0	0	0	0	0	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п
МТЦ	X	X	X	X	X	X	X	X	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п
МСЭ	X	X	X	X	X	X	X	X	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п
ЮНЭЙДС	X	X	X	X	X	X	X	X	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п
ПРООН	X	X	1	3	X	X	1	3	X	X	0	2	X	н/п	0	2
ЮНЕСКО	X	1 (1)	22	27	X	3 (1)	2	4	X	X	6	3	X	X	X	X
ЮНФПА	0	0	0	4 (1)	0	0	0	4	н/п	н/п	н/п	н/п	11	15 (1)	33	24
УВКБ ООН	0	0	7	0	4	1	2	3	4	12	28	31	11	14	33	24
ЮНИСЕФ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ЮНИДО	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ЮНОПС	0	0	0	3	0	0	0	3	316	113	122	200	316	113	122	200
БАПОР	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Структура «ООН-женщины»	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ВПС	0	0	0	0	0	0	0	0	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п
ВПП	14	9	8	23	19	14 (1)	28	38	3	13	20	48	3	13	20	48
ВОЗ	X	X	X	X	18	12	21	33	X	X	X	X	27 (1)	12 (1)	6 (2)	24
ВОИС	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ВМО	X	X	X	X	X	X	X	X	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п

Источник: подготовлено ОИГ на основе информации, предоставленной организациями-участниками.

Примечание: X означает отсутствие записей; в скобках указано количество случаев гибели.

Сокращение: н/п — неприменимо.

55. В ходе обзора было установлено, что система сбора данных об инцидентах была далеко неоптимальной, что привело к ненадлежащему ведению документации и низкой осведомленности руководства о фактических тенденциях. Несмотря на то, что почти половина организаций-участников сообщила о наличии систем оповещения об инцидентах, лишь немногие из них имели официальные или полностью функционирующие системы до 2022 года. Как видно из таблицы 4, число сообщений об инцидентах в период 2020–2023 годов было очень невысоким или близким к нулю, что также может свидетельствовать о том, что в некоторых случаях, в частности на местах, показатели могут быть неточными. Это не относится к инцидентам на рабочем месте со смертельным исходом, которые почти всегда регистрируются. Занижение персоналом числа инцидентов также может привести к неточным данным или их отсутствию. **Инспектор**

рекомендует организациям обеспечить, чтобы персонал регулярно проходил учебную подготовку по вопросам сообщения об инцидентах и имел доступ к системе оповещения об инцидентах на рабочем месте. Руководители среднего звена должны взять на себя особую ответственность за представление информации об инцидентах и за увеличение числа случаев самостоятельного предоставления сведений.

56. Если низкие потенциальные риски, связанные с условиями труда, обычно рассматриваются на местном или страновом уровне, то значительные риски, способные нанести серьезный ущерб или привести к гибели людей, должны регистрироваться и рассматриваться в рамках общеорганизационной системы управления рисками. Согласно ответам на опросник ОИГ для организаций, 10 организаций включили риски, связанные с охраной труда и техникой безопасности, в свои общеорганизационные реестры и процессы управления рисками. В некоторых из этих организаций основные риски для здоровья (связанные в основном с чрезвычайными ситуациями медицинского характера) были оценены и отражены в общеорганизационных реестрах рисков. Однако, как представляется, это делается от случая к случаю, а не на систематической основе. Ожидается, что выполнение следующей рекомендации позволит повысить уровень подотчетности и смягчить риски в области охраны труда и техники безопасности в организациях-участниках.

#### **Рекомендация 8**

**До конца 2027 года административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций, которые еще не сделали этого, следует включить риски, связанные с охраной труда и техникой безопасности, в свои процессы общеорганизационного управления рисками в целях выявления и снижения таких рисков на различных оперативных уровнях.**

57. В ходе данного обзора было установлено, что 90 процентов организаций не имеют достаточных ресурсов для внедрения рамочной программы по вопросам охраны труда и техники безопасности. Этим можно объяснить ограниченный прогресс, достигнутый в ее реализации в системе Организации Объединенных Наций за последнее десятилетие. Вместе с тем инциденты, связанные с охраной труда и техникой безопасности, представляют собой самый высокий риск для персонала Организации Объединенных Наций. Хотя данные по гражданскому персоналу, как показано в таблице 4, довольно неубедительны, число несчастных случаев и заболеваний, связанных с охраной труда и техникой безопасности, среди негражданского персонала значительно выше. Данные об инцидентах, полученные из Секретариата Объединенных Наций, показывают, что в период с 2012 по 2017 год число травм и заболеваний, связанных с охраной труда и техникой безопасности, превышало число травм, связанных с безопасностью, примерно в соотношении 10 к 1<sup>18</sup>. Кроме того, с 2022 по 2024 год соотношение между причинами смертельных случаев, связанными с охраной труда и техникой безопасности, и причинами, не связанными с ними, увеличилось более чем в три раза и составило 10 к 1<sup>19</sup>. **Для выполнения обязательства проявлять должную заботу в области охраны труда и техники безопасности организациям-участникам настоятельно рекомендуется уделять первоочередное**

<sup>18</sup> См., например, “Guidance on the UNSMS role in occupational health and safety”, page 3.

<sup>19</sup> Данные взяты из конфиденциального инструмента подачи сообщений системы извещений о смерти или увечье (по состоянию на 11 ноября 2024 года).

**внимание инвестициям в потенциал в области охраны труда и техники безопасности, чтобы система обеспечения охраны труда и техники безопасности Организации Объединенных Наций получала такую же поддержку, как и система обеспечения безопасности Организации Объединенных Наций.**

58. Помимо влияния на здоровье и благополучие персонала, смертельные случаи, травмы и болезни, как правило, влекут за собой значительные расходы для организаций в виде оплаты больничных листов, компенсаций и медицинского обслуживания. Нехватка данных не позволила оценить расходы, возникающие вследствие слабого потенциала в области охраны труда и техники безопасности и нехватки практических методов обеспечения охраны труда и техники безопасности в организациях-участниках.

59. По оценкам, финансовые потери в связи с предотвратимыми несчастными случаями в миротворческих миссиях и инцидентами и событиями, связанными с производственными факторами, могут достигать 250 млн долл. США в год ([A/74/533](#), п. 71). В этих условиях было бы полезно, чтобы предложения по оптимизации и повышению эффективности основывались на анализе затрат и результатов. В ходе обзора выяснилось, что исследования в этой области не проводились ни на уровне отдельных организаций, ни на уровне всей системы. Поэтому **Инспектор предлагает организациям провести или поручить провести исследования для оценки финансовых последствий и анализа рисков, связанных со слабым потенциалом в области охраны труда и техники безопасности и нехваткой практических методов обеспечения охраны труда и техники безопасности, с тем чтобы повысить эффективность и экономичность в области охраны труда и техники безопасности.**





## Вставка 5

**Наиболее распространенные проблемы со здоровьем среди сотрудников ООН**

- Психические расстройства
- Патологии опорно-двигательного аппарата (нетравматические) и травмы
- Сердечно-сосудистые заболевания
- Онкологические проблемы
- Болезни органов дыхания

*Источник: ответы на вопросник ОИГ.*

62. Данные о состоянии здоровья сотрудников необходимы для разработки политики, основанной на фактических данных. Регулярные доклады могли бы привлечь внимание административных руководителей и директивных и руководящих органов к важнейшим связанным со здоровьем вопросам, которые влияют на здоровье и благополучие персонала. В связи с этим **Инспектор рекомендует организациям постоянно улучшать сбор данных о состоянии здоровья и в полной мере использовать собранные данные, в том числе путем консолидации данных, эффективного межфункционального обмена данными и расширения докладов, с тем чтобы способствовать периодической оценке состояния здоровья сотрудников и в более стратегическом плане обеспечивать подход к управлению здравоохранением и охране здоровья сотрудников, основанный на данных и рисках.**

## **В. Улучшение сбора данных путем проведения опросов о состоянии здоровья на уровне организации и всей системы**

63. Опросы о состоянии здоровья являются источником данных, которые могут помочь оценить состояние здоровья сотрудников и получить, в частности, оценочные данные о распространенности заболеваний. Организации подтвердили, что для сбора данных о состоянии здоровья они использовали различные внутренние и внешние опросы. Однако собранные персоналом данные могут оказаться недостаточными для проведения основанных на фактических данных мероприятий по охране здоровья, поскольку эти инструменты не используются систематически с учетом существующих возможностей и ограниченности ресурсов, а также могут иметь методологические недостатки. Стандартизация опросов о состоянии здоровья в рамках всей системы Организации Объединенных Наций может сократить расходы на проведение множества различных опросов, снизить уровень «усталости от опросов» и обеспечить сопоставимость данных. **Организациям рекомендуется стандартизировать процесс проведения опросов о состоянии здоровья и/или использовать соответствующие общесистемные опросы, а не проводить множество более мелких опросов, которые могут не иметь сопоставимых показателей и нацелены на разные подгруппы респондентов, которые могут быть несопоставимы друг с другом.**

64. Инспектор считает, что участие организаций в общесистемных опросах о состоянии здоровья должно иметь первоочередную важность в интересах всего персонала Организации Объединенных Наций. В идеале формат опроса должен быть единым для всех организаций системы Организации Объединенных Наций

и опрос должен проводиться одновременно с целью получения одинаковых данных для сопоставления. Предшественником такого инструмента является обследование состояния здоровья сотрудников Организации Объединенных Наций<sup>20</sup>. Это обследование является общесистемным и экономически эффективным инструментом, который, дополненный централизованной системой сбора данных и управления ими Организации Объединенных Наций, мог бы способствовать межучрежденческому обмену информацией и сотрудничеству и поддержать основанный на фактических данных подход к обеспечению охраны здоровья сотрудников в системе Организации Объединенных Наций.

65. По итогам более чем десятилетнего опыта проведения обследования состояния здоровья сотрудников Организации Объединенных Наций необходимо пересмотреть и обновить используемый для него опросник. До сих пор поддержка в проведении обследования оказывалась на добровольной основе, и все чаще возникает опасение, что при отсутствии устойчивого финансирования его проведение может прекратиться. **Административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций следует принять индивидуальные или коллективные меры в консультации с административными руководителями других организаций, являющихся членами КСР, для рассмотрения в рамках межучрежденческих механизмов Комитета высокого уровня по вопросам управления вопроса об утверждении соответствующего решения о финансировании на основе совместного несения расходов для проведения обследования состояния здоровья сотрудников Организации Объединенных Наций в целях обеспечения его устойчивости и выделения ресурсов.**

### С. Обзор статистических данных об отпусках по болезни и расходах в связи с отсутствием по болезни

66. В ходе обзора было установлено, что большинство организаций собирают статистические данные об отпусках по болезни, но в меньшей степени — данные о расходах, связанных с отпусками по болезни. В общей сложности 22 организации представили информацию об отпусках по болезни с оправдательным документом за период 2019–2023 годов, и только 5 организаций предоставили полную информацию за тот же период об общих расходах, связанных с пропуском рабочих дней по болезни. В таблице 6 представлены общие статистические данные о частоте использования отпусков по болезни с оправдательным документом и соответствующих расходах.

Таблица 6

#### Обзор данных об отпусках по болезни и расходах, связанных с отпусками по болезни

Организация	Общее количество дней отпуска по болезни с оправдательным документом (2019–2023 годы)	Общее количество дней пропущенного отпуска по болезни (2021–2023 годы)	Среднее количество дней отпуска по болезни с оправдательным документом на одного сотрудника в год					Среднее количество дней отпуска по болезни с оправдательным документом на одного сотрудника (2019–2023 годы)	Общая сумма расходов, связанных с болезнью (2019–2023 годы) (долл. США)
			2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год		
ФАО	89 637,5	—	6,72	5,63	3,98	6,73	6,14	5,63	—
МАГАТЭ	79 860	—	7,13	7,67	6,48	10,92	8,26	7,67	—
ИКАО	17 787	—	5,35	4,78	3,71	4,68	4,95	4,78	8 358 038 <sup>a</sup>

<sup>20</sup> Также известно как общеорганизационное обследование здоровья и благополучия персонала Организации Объединенных Наций.

Организация	Общее количество дней отпуска по болезни с оправдательным документом (2019–2023 годы)	Общее количество дней пропущенного отпуска по болезни (2021–2023 годы)	Среднее количество дней отпуска по болезни с оправдательным документом на одного сотрудника в год					Среднее количество дней отпуска по болезни с оправдательным документом на одного сотрудника (2019–2023 годы)	Общая сумма расходов, связанных с болезнью (2019–2023 годы) (долл. США)
			2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год		
МОТ	93 218	—	5,43	5,17	4,67	5,67	5,69	5,17	—
ИМО	13 959	6 <sup>b</sup>	17,06	10,64	9,68	8,53	7,95	10,64	—
МТЦ	10 761	—	6,27	5,05	3,51	5,28	6,27	5,05	5 038 645 <sup>c</sup>
МСЭ	25 800	—	6,12	4,81	4,16	5,45	4,31	4,81	5 471 022 <sup>d</sup>
ЮНЭЙДС	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ЮНКТАД	15 781	—	8,94	6,18	4,37	5,17	6,64	6,18	11 467 382
ПРООН	111 032,5	—	3,28	4,41	4,03	3,78	3,90	3,88	19 500 718
ЮНЕСКО	69 505	—	5,83	5,0	5,19	6,60	3,35	5,0	—
ЮНФПА	17 399	—	8,0	7,0	7,0	6,0	5,0	7,0	1 012 192
УВКБ ООН	305 592	2 924	4,33	3,83	4,65	4,05	3,21	3,83	—
ЮНИСЕФ	190 711	—	2,47	2,34	2,3	2,61	2,36	2,34	—
ЮНИДО	—	—	—	—	—	—	—	—	—
УНП ООН	17 134	—	3,4	4,30	3,82	5,20	6,32	4,61	—
ЮНОПС	52 610	—	2,11	1,84	2,02	2,63	0,46	1,84	—
БАПОР	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Структура «ООН-женщины»	8 305	—	1,44	1,49	1,08	1,69	2,06	1,49	—
ВПС	6 313	38 <sup>e</sup>	7,04	5,96	2,62	5,43	7,49	5,96	—
Секретариат Организации Объединенных Наций	969 630 <sup>f</sup>	—	5,83	5,23	4,97	5,96	5,45	5,23	—
ВПП	214 671	1 853	1,72	1,80	2,21	2,17	2,39	2,05	—
ВОЗ	172 720	—	3,89	3,64	3,67	3,61	3,37	3,64	—
ВОИС	63 937	—	11,85	10,9	8,42	11,83	10,98	10,9	—
ВМО <sup>g</sup>	3 965	—	—	3,14	4,94	3,17	2,22	3,14	—

Источник: подготовлено ОИГ на основе информации, предоставленной организациями-участниками.

Примечание: прочерк означает, что данные не были предоставлены.

<sup>a</sup> Суммы указаны в канадских долларах. Только для 2019, 2020 и 2023 годов.

<sup>b</sup> Только в 2023 году.

<sup>c</sup> Сумма указана в швейцарских франках.

<sup>d</sup> Сумма указана в швейцарских франках. Только в 2023 году.

<sup>e</sup> Число случаев.

<sup>f</sup> Общее количество дней отпуска по болезни с оправдательным документом, предоставленных Секретариатом Организации Объединенных Наций, включает все структуры, административное обслуживание которых ведется в системе «Умоджа», и включает ЮНКТАД, ЮНЕП, ООН-Хабитат и УНП ООН.

<sup>g</sup> ВМО предоставила данные за четыре года (2020–2023 годы).

67. В ходе данного обзора было установлено, что организации не подсчитывают на регулярной основе среднее количество пропусков рабочих дней по болезни в год среди своих сотрудников и не используют этот показатель в качестве ориентира для сопоставления в рамках организации, между организационными подразделениями и/или с родственными организациями. Неудивительно, что не существует общесистемного целевого показателя среднегодового числа отпусков по болезни с оправдательным документом для сотрудников организации или

четкого понимания того, каким должен быть желаемый диапазон среднегодового числа отпусков по болезни с оправдательным документом в организации. **Организациям настоятельно рекомендуется определить и использовать целевые показатели пропуска рабочих дней по болезни, чтобы понять изменения и тенденции и принять решение о корректирующих мерах при необходимости.**

68. Согласно данным в таблице 6, в период 2019–2023 годов средние показатели отпусков по болезни с оправдательным документом в разбивке по организациям остаются достаточно стабильными для всех организаций, кроме одной. На основе средних показателей по организациям можно рассчитать среднее по всей системе количество пропусков рабочих дней по болезни за вышеуказанный период, которое составляет 5,05 дня на одного сотрудника. Насколько известно Инспектору, в системе Организации Объединенных Наций не проводилось никакого исследования для достоверного определения общесистемного контрольного показателя и диапазона числа отпусков по болезни с оправдательным документом. **Организациям-участникам следует рекомендовать Сети директоров медицинских служб Организации Объединенных Наций рассмотреть вопрос об установлении контрольных показателей пропуска рабочих дней по болезни и рекомендовать среднее количество отпусков по болезни с оправдательным документом в организациях и конкретный диапазон среднего количества отпусков по болезни с оправдательным документом в организациях, что может способствовать эффективному управлению отпусками по болезни.**

69. Понимание финансовых последствий отпусков по болезни для организаций имеет первостепенное значение. С помощью вопросника ОИГ организациям было предложено предоставить информацию о суммарных выплатах по болезни и утрате трудоспособности. Отсутствие ответов может свидетельствовать об отсутствии методов расчета таких затрат. Нехватка данных не позволила определить общую сумму подтвержденных прямых расходов, связанных с отпусками по болезни, для всех организаций-участников.

70. Две из шести организаций представили частичные данные о своих годовых расходах, связанных с болезнями. Общие расходы этих организаций в период 2019–2023 годов составили около 51 млн долл. США. Хотя эти данные являются неполными, они сами по себе подтверждают, что потеря рабочих дней из-за отпусков по болезни может иметь значительные финансовые последствия для организаций системы Организации Объединенных Наций.

71. **Инспектор рекомендует организациям, которые еще не сделали этого, консолидировать управление отпусками по болезни путем принятия эффективных методов расчета расходов, связанных с отпусками по болезни с оправдательным документом, в целях использования этой информации при принятии решений и обеспечения доступности данных о расходах для всех заинтересованных сторон.**

## **VI. Основные структуры для поддержки межучрежденческого сотрудничества**

72. В рамках Комитета высокого уровня по вопросам управления Координационного совета руководителей системы Организации Объединенных Наций действуют различные межучрежденные структуры, занимающиеся вопросами охраны здоровья, безопасности и благополучия. В отличие от других областей стратегического управления (в частности, людские ресурсы, безопасность, закупки) отсутствует специальная техническая сеть по вопросам здравоохранения для развития сотрудничества и взаимодействия по вопросам здравоохранения и благополучия, а также для предоставления КСР стратегических рекомендаций по общесистемному управлению услугами здравоохранения. Сложные взаимоотношения и функции, задействованные в нынешней специальной модели межучрежденческого сотрудничества, в частности те, которые касаются психического здоровья и благополучия, частично представлены в документе [JIU/REP/2023/4](#).

### **A. Координационный механизм Организации Объединенных Наций по вопросам охраны труда и техники безопасности**

73. Развитие межучрежденческого сотрудничества в области охраны здоровья, безопасности и благополучия привело к появлению новых структур и функций, наиболее важной из которых является Координационный механизм Организации Объединенных Наций по вопросам охраны труда и техники безопасности. Его структура руководства представлена на рисунке V. Предполагается, что этот механизм будет в основном заниматься обеспечением согласованной готовности к рискам в области охраны труда и техники безопасности, повышением эффективности оценки рисков в области охраны труда и техники безопасности и разработкой стратегии и практики в области охраны труда и техники безопасности, а его координирующая роль, предполагающая принятие некоторых решений, будет активизироваться в случае возникновения угроз в области охраны труда и техники безопасности, затрагивающих персонал Организации Объединенных Наций на глобальном или региональном уровнях<sup>21</sup>. Этот механизм, в силу своего конкретного мандата и параметров, не может выполнять функции технической сети по вопросам здравоохранения Комитета высокого уровня по вопросам управления.

<sup>21</sup> CEB/2009/HLCM/17, page 6.

Рисунок V

### Структура Координационного механизма Организации Объединенных Наций по вопросам охраны труда и техники безопасности



#### Условные обозначения:

ООЗТБГТ — Отдел охраны здоровья, техники безопасности и гигиены труда

УФП — учреждения, фонды и программы

НДЛОТБ — назначенное должностное лицо по вопросам охраны труда и техники безопасности

КР — координатор-резидент

СГООН — страновая группа Организации Объединенных Наций

Источник: Форум по вопросам охраны труда и техники безопасности, шестой доклад о работе.

## V. Сеть директоров медицинских служб Организации Объединенных Наций

74. На своей сорок седьмой сессии Комитет высокого уровня по вопросам управления кратко обсудил необходимость признания Сети директоров медицинских служб Организации Объединенных Наций в качестве официальной технической сети<sup>22</sup>, однако принятие решения было отложено, что позволило провести дополнительные консультации и согласовать его с существующими структурами<sup>23</sup>. Отсутствие поддержки в этом вопросе свидетельствует о некотором заблуждении в отношении подхода к межфункциональному сотрудничеству и концепции руководящей роли применительно к управлению услугами здравоохранения в системе Организации Объединенных Наций. Исторически сложилось так, что управление в этой области осуществлялось с точки зрения управления кадровыми ресурсами. Однако с развитием подхода к управлению услугами в области охраны здоровья и благополучия персонала, основанного на оценке рисков, возникла общепризнанная необходимость в соответствующей руководящей структуре на уровне всей системы.

<sup>22</sup> В письме на имя председателя КСР в октябре 2021 года председатель Сети директоров медицинских служб Организации Объединенных Наций обратился с просьбой официально признать Сеть в качестве официальной технической сети КСР.

<sup>23</sup> [CEB/2024/3](#), page 13.

75. Именно Сеть директоров медицинских служб Организации Объединенных Наций, которая представляет собой самофинансируемую структуру, функционирующую на полностью добровольной основе, с 1980-х годов предоставляет Комитету высокого уровня по вопросам управления экспертный вклад и рекомендации по большинству вопросов, связанных со здравоохранением. Ее нынешняя роль не позволяет ей предоставлять стратегические консультации и руководящие указания по вопросам управления услугами здравоохранения, таким как управление клинической практикой, кадровое планирование, стандарты данных (например, “EarthMed”) и контроль изменений (например, открытие/заккрытие/реконструкция медицинских пунктов на местах). Это ограничение способствует фрагментарной подотчетности и неравномерному принятию общих стандартов в области здравоохранения в системе Организации Объединенных Наций. Кроме того, глубокую обеспокоенность вызывает долгосрочная устойчивость этой структуры и ее вклад в межучрежденческое сотрудничество. Текущая смена поколений сотрудников может привести к новым взглядам на обоснованность концепции волонтерства, лежащей в основе модели Сети, и нынешней формы взаимодействия с Комитетом<sup>24</sup>. Ожидается, что выполнение следующей рекомендации позволит укрепить межучрежденческое сотрудничество и усилить координацию в области охраны здоровья, безопасности и благополучия.

#### **Рекомендация 9**

**Начиная с 2027 года административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций следует принимать индивидуальные или коллективные меры в консультациях с административными руководителями других организаций — членов КСР, предпочтительно в рамках механизмов межучрежденческой координации КСР, для изучения раз в два года условий, позволяющих создать техническую сеть Комитета высокого уровня по вопросам управления по вопросам здравоохранения на основании ранее высказанной просьбы Сети директоров медицинских служб Организации Объединенных Наций с целью предоставления стратегических консультаций по вопросам развития здравоохранения и межучрежденческого руководства по вопросам управления услугами здравоохранения.**

<sup>24</sup> Согласно существующим договоренностям, Сеть директоров медицинских служб Организации Объединенных Наций подотчетна Сети по вопросам людских ресурсов Комитета высокого уровня по вопросам управления и должна координировать и согласовывать свои действия с Сетью по вопросам людских ресурсов перед каждой сессией Комитета.



## Приложение

### Обзор мер, которые предлагается принять организациям-участникам в связи с рекомендациями Объединенной инспекционной группы

		Поставленная цель	Участвующие организации Объединенной инспекционной группы																											
			Организация Объединенных Наций <sup>a</sup>	ЮНЭЙДС	ЮНКТАД	МТЦ	ПРООН	ЮНЕП	ЮНФПА	ООН-Хабитат	УВКБ ООН	ЮНИСЕФ	УНП ООН	ЮНОПС	БАПОР	Структура «ООН-женщины»	ВПП	ФАО	МАГАТЭ	ИКАО	МОТ	ИМО	МСЭ	ЮНЕСКО	ЮНИДО	ООН-Туризм	ВПС	ВОЗ	ВОИС	ВМО
Доклад	Для принятия мер		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" 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"/>	<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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Рекомендация 1		f																E		E		E	E	E					E	
Рекомендация 2		f																E		E	E	E	E	E					E	
Рекомендация 3		f								E							E	E		E	E	E	E					E	E	
Рекомендация 4		f	E																											
Рекомендация 5		f	E				E		E		E	E		E		E	E	E		E	E							E		
Рекомендация 6		a	E																											
Рекомендация 7		e	E				E		E		E	E		E		E	E	E		E	E							E		
Рекомендация 8		a					E	E	E	E		E	E	E	E	E		E		E		E	E		E	E	E	E	E	E
Рекомендация 9		c	E		E		E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E

#### Условные обозначения:

- L: рекомендация для принятия решения директивным органом  
E: рекомендация для принятия решения административным руководителем  
☐: рекомендация не требует принятия мер со стороны этой организации

#### Поставленная цель:

a: повышение уровня прозрачности и подотчетности; b: распространение передовых/наилучших видов практики; c: улучшение координации и сотрудничества; d: обеспечение более строгой последовательности и согласованности; e: совершенствование контроля и соблюдения требований; f: повышение эффективности; g: существенная экономия финансовых средств; h: повышение результативности; i: иное.

<sup>a</sup> Как указано в документе [ST/SGB/2015/3](#).