



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

# Развитие детей в раннем возрасте в Европейском регионе: потребности, тенденции и разработка политики

Обзор на основе оценки пяти стран





**World Health  
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**

**Развитие детей в раннем возрасте  
в Европейском регионе:  
потребности, тенденции и разработка  
ПОЛИТИКИ**

**Обзор на основе оценки пяти стран**

Ramona Velea, Giorgio Tamburlini

## Резюме

Раннее детство - это период, требующий от родителей выполнения наиболее многочисленных (и интенсивных) обязанностей, связанных со всеми аспектами благополучия ребенка, охватываемыми Конвенцией: их выживанием, здоровьем, физической безопасностью и эмоциональной защиты, качеством условий жизни и ухода, возможностями участия в играх и обучении, а также свободой выражения своих взглядов. В этой связи осуществление прав детей в значительной степени зависит от благосостояния и наличия ресурсов у тех, кто отвечает за заботу о них. Признание этой взаимосвязи является важной отправной точкой в планировании помощи и услуг, предоставляемых родителям, законным опекунам и другим лицам, предоставляющим услуги по уходу за детьми. Государствам-участникам предлагается оказывать надлежащую помощь родителям, законным опекунам и расширенным семьям в выполнении ими своих обязанностей по воспитанию детей (статьи 18.2 и 18.3), в том числе помощь родителям в создании условий жизни, необходимых для развития ребенка (статья 27.2) и в обеспечении ребенку необходимой защиты и заботы (статья 3.2).

(Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, Замечание общего порядка No.7, 2005 г.)

## Ключевые слова

CHILD DEVELOPMENT  
HEALTHCARE SECTOR  
HEALTH POLICY  
INFANT DEVELOPMENT  
PEDIATRICS

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро:

<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

<b>Содержание</b>	<b>Стр.</b>
Исполнительное резюме.....	2
Выражение признательности.....	5
Перечень сокращений.....	5
1. Введение .....	6
1.1 Обоснование.....	6
1.2 Задачи.....	10
2. Методы .....	11
3. Результаты .....	12
3.1 Ситуация в странах: индикаторы, характеризующие ситуацию в области РДРВ .....	12
3.2 Меры политики и программы.....	17
4. Оценка .....	32
4.1 Возможности и проблемы на пути дальнейшего развития политики РДРВ на страновом уровне ..	32
4.2 Основные проблемы и задачи на пути более активного участия сектора здравоохранения в разработке и реализации мер политики и вмешательств в сфере РДРВ.....	44
4.3 Основные задачи по укреплению развития политики РДРВ.....	46
Выводы.....	48
Ссылки .....	52
Приложение I – подробное описание индикаторов .....	55
(a) Армения.....	55
(b) Казахстан .....	64
(c) Республика Молдова.....	80
Ссылки к Приложению I.....	83
Приложение II – Вопросник.....	87
Раздел I – Индикаторы, характеризующие ситуацию .....	87
Раздел II – Действия в рамках политики (соответствующие законодательные акты, одобренные правительством и/или парламентом).....	91
Раздел III – Планы .....	92
Раздел IV – Программы (конкретные программы, касающиеся одного или более компонентов РДРВ, которые могут финансироваться и/или осуществляться под руководством правительства либо другого учреждения) .....	95
Раздел V – Оценка .....	94

## ИСПОЛНИТЕЛЬНОЕ РЕЗЮМЕ

Признавая важность создания как можно на более ранних этапах жизни прочного фундамента для здоровья, устойчивого развития и социальной справедливости, ВОЗ подчёркивает необходимость обратить внимание на ранние годы жизни, которые являются важнейшим периодом в плане профилактики болезней, содействия когнитивному, социальному и эмоциональному развитию и сокращению социального неравенства. В Европейском регионе эта необходимость приобретает еще большее значение, поскольку, хотя в большинстве стран успешно решаются вопросы, связанные с основными причинами смертности, возникают такие проблемы, как нарушения развития, неинфекционные заболевания, проблемы с психическим здоровьем. Даже в государствах-членах, где все еще стоят на повестке дня вопросы выживания детей, инвестиции в ранние периоды жизни, начиная со времени зачатия, являются наиболее эффективным путем дальнейшего сокращения бремени смертности и инвалидности, сокращения неравенств по показателям здоровья и социальной несправедливости, содействия полному раскрытию потенциала всех детей. Хотя эффективные инвестиции в ранние годы жизни требуют «общегосударственного», многосекторального подхода, сектор здравоохранения посредством обеспечения инвестиций в ранний период жизни детей может сыграть важнейшую роль в предупреждении воздействия факторов риска, содействии использованию надлежащих методов воспитания и обеспечении эффективного ухода и справедливого доступа к помощи.

Данный обзор ситуации и мер политики в области РДРВ в репрезентативной выборке стран Европейского региона подготовлен по заказу Европейского регионального бюро ВОЗ с целью информирования процесса реализации Стратегии охраны здоровья детей и подростков. При подготовке обзора стояли следующие задачи: а) дать описание на основе ключевых индикаторов всего спектра текущих вопросов, касающихся основных аспектов и детерминант РДРВ, таких как здоровье, питание, образование в раннем возрасте и методы родительского воспитания; б) предоставить обзор текущих мер политики и программ, которые имеют воздействие на РДРВ; в) предоставить обзор внутренних и внешних позитивных и негативных факторов, воздействующих на разработку мер политики, связанных с РДРВ; г) определить основные действия, которые будут способствовать РДРВ с особым акцентом на роли сектора здравоохранения.

Данные, полученные для целей данного отчёта, были собраны при помощи вопросников и структурированных интервью с ключевыми информантами в 5 выбранных странах: Армения, Англия, Италия, Казахстан и республика Молдова. Выбор был продиктован необходимостью глубже понять страны, которые относятся к разным частям Европейского региона (Центральная Азия, Кавказ, Юго-Восточная, Северо-Западная и Юго-Западная Европа).

Хотя обзор не носит исчерпывающего характера, преимущественно в связи с тем, что данные носили неполный и неоднородный характер, тем не менее результаты предлагают ряд четких аналитических и программных выводов и предложений.

Имеющиеся в отношении данных по региону ограничения свидетельствуют о том, что необходимы интегрированные, межотраслевые научные исследования и инструменты

проведения общеевропейского обследования для того, чтобы обеспечить надлежащую базу фактических данных для разработки политики на национальном, равно как и на транснациональном уровне. Существующие в настоящее время в Европейском регионе инструменты недостаточны для этой цели. Обследования МИКС охватывают многие вопросы РДРВ, в числе которых и методы воспитания детей, но проводятся они лишь в странах Восточной Европе, Кавказа и Центральной Азии.

Неудивительно, что обзор свидетельствует о различном положении дел с РДРВ во всех пяти странах. Преимущественно это происходит из-за различных исторических и политических контекстов, различий в экономическом и социальном развитии.

Например, в Армении, Казахстане и Республике Молдова по-прежнему сохраняются проблемы, связанные с недостаточным питанием, широко распространена анемия, все еще высока распространённость задержки в росте, и, кроме того, возрастает бремя раннего появления избыточной массы тела и ожирения, что уже является вызывающей тревогу проблемой в Англии и Италии. Таким образом, по-прежнему первостепенное значение во всех странах имеют действия, направленные на улучшение питания детей грудного и раннего возраста с акцентом на местное сообщество и семью. Во всех трех странах СНГ недостаточно развита система дневного ухода за детьми, тогда как ситуация в Англии и Италии значительно лучше, хотя в Италии все еще существуют значительные различия в предоставлении услуг между Севером и Югом. Поэтому еще одной первостепенной задачей во всех странах является обеспечение детей доступным и качественным дневным уходом, начиная с самых первых лет жизни.

Имеющейся информации недостаточно для оценки родительских методов воспитания в полном масштабе. Тем не менее, обзоры МИКС, проведенные в Армении, Казахстане и республике Молдова, а также специальные исследования, проведенные в Англии и Италии, свидетельствуют о том, что ненадлежащие методы воспитания по-прежнему распространены и вносят вклад в существующие и все возрастающие социальные неравенства. Это говорит о необходимости дальнейшего развития на основе существующих фактических данных и осуществления в полном масштабе мер политики и вмешательств в поддержку развития родительских навыков, с более активным предоставлением услуг для семей и детей в группе риска или с особыми потребностями, в рамках всеобщего подхода. В качестве основы для определения наиболее оптимальных методов можно использовать программы, проводимые в настоящее время в Англии и Италии.

Что касается разработки и реализации политики РДРВ, то следует отметить, что в Англии существует две основные действующие программы, а в скором времени начнется реализация еще двух программ. Италия предлагает все большее разнообразие программ, ряд которых выполняется при содействии гражданского общества, но в стране отмечается недостаточная государственная поддержка для осуществления политики в масштабах всей страны. На доступе к услугам по дневному уходу за детьми серьезно сказываются бюджетные ограничения. В Армении, Казахстане и Республике Молдова большую роль играют международные участники/организации, которые возглавляют существующие программы в плане финансирования и координации. В Армении, Казахстане и Республике Молдова, для которых характерна сходная исторически сложившаяся политическая ситуация, существует укоренившаяся культура дошкольного ухода, хотя до недавнего

времени финансовые и социальные реформы отрицательно сказывались на наличии дошкольного дневного ухода за детьми и доступе к этим услугам.

В Англии меры политики РДРВ в настоящее время четко сформировались и, как представляется, обращают на себя все возрастающее внимание, тогда как в Италии отмечается разрозненность на местном уровне, при этом ситуация варьируется от очень высокой степени доступа и качества до практически полного отсутствия услуг по дневному уходу. Отмечается также отсутствие преемственности и сокращение инвестиций на правительственном уровне.

Таким образом, по крайней мере, в 4-х из 5-ти стран существует необходимость разработки всеобъемлющих многоотраслевых мер политики и планов РДРВ, которые будут направлены на все основные детерминанты развития ребенка: доход домохозяйства, знания и навыки семьи и родителей, услуги местного сообщества и, в частности, предоставление дневного ухода за детьми. Для укрепления развития и осуществления политики РДРВ во всех странах требуются следующие действия: а) увеличение масштабов межотраслевого сотрудничества и разработка интегрированных механизмов; б) увеличение финансирования служб РДРВ; в) повышение уровня осведомленности по вопросам РДРВ среди лиц, формирующих политику, в обществе в целом и среди родителей; г) разработка четких указаний по эффективной реализации программ и распространение их среди заинтересованных участников; д) разработка систем оценки.

Сектор здравоохранения выполняет важнейшую роль в содействии реализации эффективных вмешательств в сфере РДРВ и обеспечении всеобщего подхода. Тем не менее, за исключением Англии, где система патронажных работников предоставляет хорошую основу для осуществления РДРВ, а также недавно произошедшего подключения компонента «Уход в целях развития» к программе ИВБДВ в Казахстане и программ, которые осуществляются при содействии НПО в Италии на национальном уровне, сектор здравоохранения по-прежнему оказывает недостаточную поддержку мерам политики РДРВ. Среди ключевых действий по укреплению роли сектора здравоохранения в сфере РДРВ можно назвать следующие: а) отразить вопросы РДРВ в планах отрасли здравоохранения с акцентом на социальной справедливости; б) включить содержание РДРВ в учебные программы и в перечень должностных обязанностей всех специалистов в области охраны здоровья детей; в) разработать четкие технические указания по включению компонента РДРВ в содержание предоставляемых услуг здравоохранения; г) играть активную роль в разработке межотраслевых мер политики на государственном уровне и межотраслевых соглашений о сотрудничестве на местном уровне; д) разработать механизмы мониторинга и оценки, которые должны стать компонентом комплексных систем мониторинга и оценки состояния здоровья и развития детей.

## **ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ**

Данный отчет подготовлен благодаря значительному вкладу следующих сотрудников: Gaukhar Abuova, Казахстан (бывший национальный сотрудник ВОЗ категории специалистов, Казахстан), Henrik Khachatryan (национальный сотрудник ВОЗ категории специалистов, Армения) и Larissa Boderscova (ВОЗ, НПО, Республика Молдова).

Vivian Varnekow и Aigul Kuttumuratova, Европейское региональное бюро в ВОЗ в Копенгагене, предоставили ценные замечания, предложения и рекомендации общего характера. Мы также благодарим всех, кто любезно согласился ответить на вопросы интервью в Италии и Англии.

## **ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ**

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДМСО	Демографическое и медико-санитарное обследование
IMCI	Интегрированное ведение болезней детского возраста
КОУЖДХ	Комплексное обследование жизни домашних хозяйств
КПР	Конвенция по правам ребенка
МИКС	Многоиндикаторное кластерное обследование (MICS)
МКФ (ДП)	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (детей и подростков)
НПО	Неправительственная организация
НСЗД	Национальные стандарты здоровья детей
НСС	Национальная статистическая служба
ППС	Паритет покупательной способности
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПРООН	Программа развития ООН
СНГ	Содружество независимых государств
СО	Стандартное отклонение
СЭС	Социально-экономический статус
ЦВЕ	Центральная и Восточная Европа
Центр PAS	Центр политики и исследований (бывший центр «МедНет»)
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
SWOT	Методика анализа сильных, слабых сторон, возможностей и угроз



## 1. Введение

### 1.1 Обоснование

Европейский регион, являющийся частью структуры ВОЗ, характеризуется широким разнообразием ситуаций в отношении здоровья и развития детей. В ЕС показатель смертности детей в возрасте до пяти лет в среднем составляет 3–7 на 1 000 человек. Проблемы, связанные с питанием, сводятся к избыточной массе тела и ожирению, при этом доступ к дошкольным и медицинским услугам, по крайней мере, теоретически, гарантирован всем детям. Вместе с тем, отмечается повышение показателей бедности и рост социальной несправедливости среди детей. Доказательные данные свидетельствуют о том, что многие из существующих неравенств уходят корнями в первые пять лет жизни, что подчеркивает необходимость применения подхода к вопросам здоровья и развития с учетом всех возрастных этапов жизни, начиная с момента зачатия (Cattaneo et al., 2011; Wolfe и др. 2013; Tamburlini и др. 2014).

В регионе стран ЦВЕ/СНГ отмечается значительное сокращение детской смертности, хотя средний показатель по-прежнему находится выше десяти детей на тысячу. Однако проблема выживания детей по-прежнему сохраняется на повестке дня. В ряде стран и групп населения, при этом большое количество детей не имеют возможности адекватного роста и развития (ЮНИСЕФ, 2012 г.).

Развитие и благополучие детей в Регионе находится под угрозой из-за отсутствия понимания важности развития детей в раннем возрасте, а также в результате таких по-прежнему имеющих место процессов, как отказ от детей, институционализация, жестокое и пренебрежительное к ним отношение (ВОЗ, 2013 г.). Лежащие в основе этого причинные факторы носят сложный характер, охватывающий широкий диапазон экономических, социальных и культурных детерминант, равно как и аспектов общественной политики. Родители, особенно те из них, кого можно отнести к неблагополучным группам населения, нуждаются в информации и практической поддержке в вопросах ухода и содействия развитию их маленьких детей.

В 2011 г. Европейское региональное бюро ВОЗ разработало политику Здоровье-2020, которая представляет собой стратегию, направленную на решение проблем и задач, связанных со здоровьем, на протяжении всей жизни, а также на преобразование принципов и новых научных знаний в конкретные межсекторальные действия.

Существует несколько причин, по которым требуется усиленное внимание к ранним годам жизни человека.

#### а. Права ребенка

Конвенция ООН по правам ребенка (1989 г.) вкуче с последующими дополнениями и поправками предоставляет четкую основу действий в плане защиты прав ребенка, обеспечивающую обоснование для инвестиций в ранний период жизни детей, особенно в отношении поддержки развития родительских навыков. Государствам-участникам напоминают, что Статья 6 КПР охватывает все аспекты развития, а также о том, что здоровье и социально-психологическое благополучие ребенка во многом являются

взаимозависимыми аспектами (Генеральная Ассамблея ООН, Замечание общего порядка No.7, 2005 г.)

**в. Необходимость учета всех этапов жизни**

Многие болезни и состояния, возникающие в детстве, а также на более поздних этапах жизни, уходят корнями в самые ранние годы. Неадекватное питание, воздействие химических и физических загрязнителей, возбудителей инфекционных заболеваний, социальных и социально-психологических неблагоприятных условий может нарушать раннее развитие органов и систем, метаболические связи, модифицировать уязвимость к болезням и оказывать значительное воздействие на исход при рождении и на состояние здоровья в младенческом, детском возрасте и на протяжении всей жизни. Ранние годы имеют особенно важное значение для развития мозга и, как следствие, на когнитивную, социальную и эмоциональную деятельность, таким образом оказывая влияние на широкий диапазон аспектов, начиная от состояния здоровья до социальной адаптации и продуктивности в дальнейшей жизни. В Таблице 1 в кратком виде представлены связи между воздействием неблагоприятных факторов в раннем возрасте и конкретными рисками для здоровья, а также их распределение между различными периодами ранних лет жизни.

**Таблица 1. Воздействие различных факторов в раннем возрасте, риски и последствия (источник: Cattaneo и др., 2011 г.)**

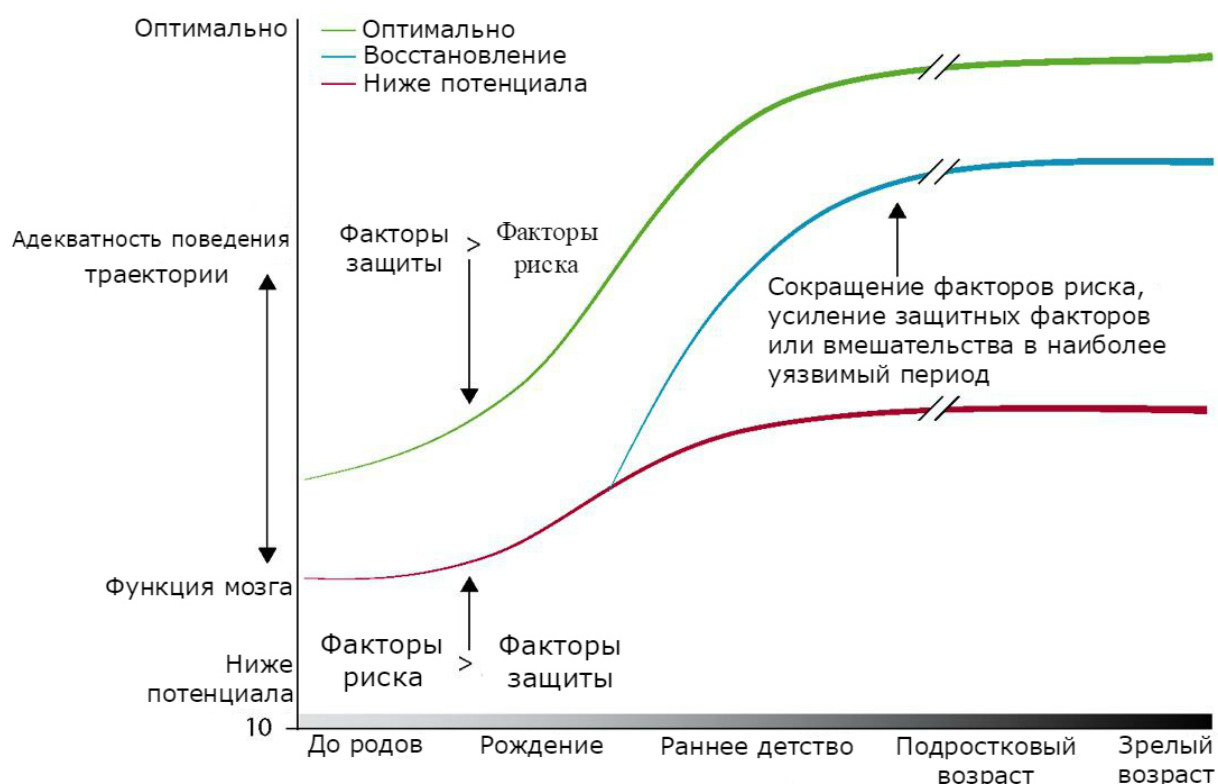
Основные факторы риска	Основные риски для здоровья	Развитие эмбриона/плода	С момента рождения до двухлетнего возраста	Дошкольный возраст (3–6 лет)	Школьный возраст (7–12 лет)
Плохое здоровье матери	Преждевременные роды и низкая масса тела при рождении	++++	+++	++	++
Неадекватное питание	Избыточная и пониженная масса тела, анемия, инфекции	++	++++	++	++
Низкая степень привязанности/родительской заботы	Социально-психологические и поведенческие нарушения		++++	++	++
Отсутствие вложений в социальное и когнитивное развитие	Социально-психологические нарушения и нарушения развития	++	+++	++	++

Основные факторы риска	Основные риски для здоровья	Развитие эмбриона/плода	С момента рождения до двухлетнего возраста	Дошкольный возраст (3–6 лет)	Школьный возраст (7–12 лет)
Токсические факторы окружающей среды	Врожденные аномалии развития, легочные, неврологические и эндокринные нарушения, онкология	+++	+++	++	+
Небезопасная окружающая среда	Травматизм	+	++	+++	+++
Недостаточная физическая активность	Ожирение, сердечнососудистые и метаболические нарушения	+	+	++	+++
Алкоголь и табак	Врожденные аномалии, преждевременные роды/НМТР/респираторные нарушения	++++	++	+	+(++)

### с. Социальная справедливость

Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья при формировании видения новой эры справедливости в области глобального здравоохранения в качестве одного из ключевых факторов выделила развитие детей в раннем возрасте. Траектория жизни ребенка (Рис. 1) подвергается влиянию широкого спектра детерминант, играющих свою роль в определенное время в определенном месте. Некоторые из них повышают риски, тогда как другие, напротив, являются защитными факторами. Вмешательства должны быть направлены на сокращение первых и усиление последних. Вот почему во всем мире все больше внимания уделяется вмешательствам на ранних этапах жизни с целью предупреждения рисков и укрепления защитных факторов.

**Рисунок 1. Траектории формирования поведения и развития в течение всей жизни закладываются в раннем возрасте (источник: Walker и др., 2011 г.)**

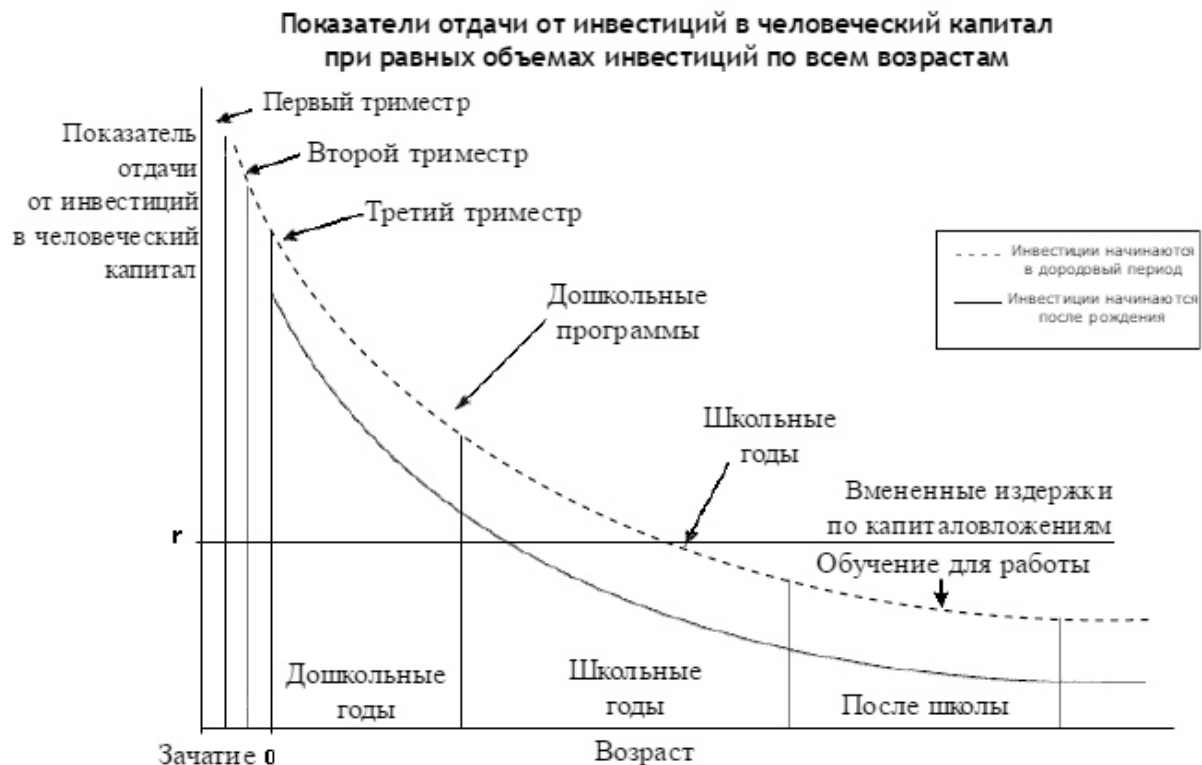


Ряд исследований и обзоров предоставляет информацию по экономической отдаче от инвестиций в здоровье и развитие детей в раннем возрасте. Показано, что чем раньше осуществляются инвестиции в процессе жизни, тем значительнее получаемые преимущества. Инвестиции в начальные периоды жизни от зачатия до школьного возраста приводят к более высоким показателям отдачи (Рис. 2) в результате кумулятивного эффекта на протяжении всех этапов жизни, то есть вмешательства на ранних этапах дают более высокие дивиденды (ВОЗ, 2008 г.). Исследования работы большого числа программ в США и Соединенном Королевстве продемонстрировало, например, особенно высокую отдачу в результате инвестиций в раннем возрасте в поддержку родителей и ухода за детьми в дневное время (Корпорация RAND, 2010 г.).

Таким образом, учитывая вышеизложенное обоснование, а также признавая необходимость формирования на ранних этапах прочного фундамента для здоровья, устойчивого развития и справедливости, ВОЗ подчеркивает необходимость обратить внимание на ранние годы жизни. В Европейском регионе это играет даже более важную роль, поскольку страны успешно решают вопросы, связанные с основными причинами смертности, тогда как нарушения развития, неинфекционные заболевания, проблемы психического здоровья представляют собой новые, возникающие проблемы (Wolfe и др., 2013г.). Даже в государствах-членах, где вопросы, связанные с выживанием детей, по-прежнему остаются на повестке дня, инвестиции в самые ранние периоды жизни после зачатия являются наиболее эффективным путем дальнейшего сокращения бремени смертности и нетрудоспособности, которое все в большей степени приходится на перинатальный период (Vos и др., 2012 г.).

Для решения проблем, связанных с этими факторами риска и лежащими в их основе социальным детерминантами, охватывающими целый ряд различных аспектов, требуются объединенные действия. В большинстве случаев от правительства потребуется полноценное сотрудничество с гражданским обществом, местными сообществами, частным сектором и международными учреждениями и организациями.

**Рис. 2 Экономическая отдача выше при инвестициях в раннем возрасте (источник: Carneiro и Heckman, 2007 г.)**



Несмотря на то, что эффективные инвестиции в раннем возрасте требуют типичного «общегосударственного», многосекторального подхода, сектор здравоохранения может играть важнейшую роль в предупреждении неблагоприятных воздействий, способствуя распространению надлежащей практики и обеспечивая результативный уход, основанный на принципах справедливости, посредством обеспечения всеобщего доступа к соответствующим мерам политики в раннем возрасте (Engle и др., 2012 г.).

## 1.2 Задачи

В обзоре использована выборка стран Европейского региона, которую можно считать репрезентативной в отношении широкого диапазона ситуаций, связанных с развитием детей в раннем возрасте. Обзор проведен по заказу Европейского регионального бюро ВОЗ в целях получения информации о ходе работы по реализации Стратегии охраны здоровья детей и подростков в области РДРВ, которая была определена в качестве одной

из наиболее приоритетных областей. Перед обзором были поставлены конкретные задачи, представленные ниже.

- Охарактеризовать на основе ключевых имеющихся индикаторов диапазон текущих вопросов, касающихся основных аспектов и детерминант РДРВ, таких как **здоровье и питание, образование в раннем возрасте и методы родительского ухода и воспитания.**
- Предоставить обзор текущих **мер политики и программ**, оказывающих воздействие на РДРВ.
- Предоставить обзор **внутренних и внешних позитивных и негативных внешних факторов**, оказывающих влияние на разработку мер политики, связанных с РДРВ
- Установить ключевые факторы в поддержку разработки мер политики РДРВ, обращая особое внимание на **роль сектора здравоохранения.**

По результатам обзора определяются эффективные действия по улучшению РДРВ, которые будут предложены правительствам, международным партнерским структурам, организациям гражданского общества и местным органам власти. Отражена роль Европейского регионального бюро ВОЗ в предоставлении технического руководства и поддержки государствам-членам в области мер политики и программ, связанных с РДРВ.

## 2. Методы

Сбор данных для настоящего доклада проводился с помощью 1/вопросников по оценке качества, 2/подробных интервью с основными источниками информации в пяти выбранных странах (Англия, Армения, Италия, Казахстан и Республика Молдова). Для сбора последующих данных просматривались также соответствующие вебсайты (*см. Ссылки*). Выбор стран определялся намерением получить информацию из различных частей Европейского региона (Центральная Азия, Кавказ, Юго-восточная Европа, Северо-Западная и Северо-Восточная Европа).

Вопросник был составлен таким образом, чтобы: i) охватить ключевые аспекты РДРВ (бедность детей, питание детей грудного и раннего возраста, доступ к детским садам, методы родительского воспитания, ухода и социально-психологического благополучия), ii) осуществить сбор ключевой информации относительно текущего положения вещей, тенденций в отношении мер политики, планов и программ, iii) предоставить обзор сильных и слабых сторон, возможностей и препятствующих факторов на пути к улучшению мер политики РДРВ.

Первый раздел вопросника посвящен сбору имеющихся количественных и качественных данных, связанных с индикаторами РДРВ по параметрам бедности, питания, дневного ухода и методов родительского ухода и воспитания. Ряд выбранных индикаторов был заимствован из числа индикаторов развития детей в раннем возрасте, использованных ЮНИСЕФ при проведении Многоиндикаторного кластерного обследования (МИКС).

Разделы два, три и четыре вопросника посвящены сбору информации относительно мер политики, планов и программ в сфере РДРВ, осуществляемых на национальном уровне.

В разделе пять проводится оценка факторов, оказывающих воздействие на дальнейшее развитие мер политики РДРВ на национальном уровне в рамках аналитической работы по параметрам сильных и слабых сторон, возможностей и препятствующих факторов, а также сосредоточено внимание на роли сектора здравоохранения в содействии и поддержке мерам политики и вмешательствам в сфере РДРВ.

Для Армении, Казахстана и Республики Молдова вопросник заполнялся при содействии национальных сотрудников ВОЗ категории специалистов, которые в свою очередь консультировались с национальными сотрудниками из соответствующих государственных департаментов и с национальными международными сотрудниками из международных учреждений, преимущественно из ЮНИСЕФ.

По Англии сбор информации проводился посредством интервьюирования. Интервью проводились с использованием вопросников. Респондентами являлись эксперты из различных учреждений (Лондонский университет, колледж Биркбек; Королевский колледж - Школа сестринского дела и акушерства им. Флоренс Найтингейл при Королевском колледже, Лондон); Институт образования, Лондон; Оксфордский университет, Оксфорд).

По Италии сбор информации проводился экспертами, которые являются членами сети мониторинга КНР – сети НПО, которые отвечают за мониторинг осуществления Международной конвенции; еще одним источником информации являлась официальная статистика.

Как для Англии, так и для Италии респонденты являются представителями широкого круга заинтересованных сторон в сфере РДРВ: научных работников, представителей сектора здравоохранения, гражданских служащих.

### 3. Результаты

#### 3.1 Ситуация в странах: индикаторы, характеризующие ситуацию в области РДРВ

Приведенный ниже обзор ситуации в странах представляет собой сводные данные, касающиеся четырех выбранных индикаторов из первоначального вопросника:

- Детская бедность
- Питание
- Охват дошкольными учреждениями
- Поддержка взрослых в обучении детей

С данными в полном объеме можно ознакомиться в приложении I.

### **3.1.1. Ситуация в странах: Армения**

- Детская бедность

Национальная статистическая служба сообщает в документе «Бедность и социальная панорама в Армении за 2011 и 2012 гг.», что доля бедных детей очень высока, а также что дети подвергаются более высокому риску бедности и крайней нищеты, чем население в целом. Небольшие различия зарегистрированы в гендерном и географическом распределении. Семьи, проживающие в небольших городских центрах, характеризуются самым высоким показателем бедности. Аналогичное положение дел наблюдается в отношении крайней бедности, которая затрагивает 3% населения в целом (ЮНИСЕФ, 2012 г.).

\* Данные, предоставленные респондентами, касаются всего детского населения в возрасте до 18 лет.

- Питание<sup>1</sup>

Вопрос с положением в области питания стоит остро – пятая часть детского населения характеризуется задержкой в росте или страдает от хронического неправильного питания. Распределение данных свидетельствует о различиях в зависимости от места проживания, но, что удивительно, не от квинтилей СЭС. Проблемы с питанием, как представляется, связана с ненадлежащим подходом к вопросам питания и отсутствием необходимых знаний у родителей, а не отсутствием продуктов питания, поскольку проблемы низкорослости и ожирения совпадают в плане географического распределения.

\* Данные, предоставленные респондентами, касаются всего детского населения в возрасте до 18 лет.

- Охват дошкольными учреждениями<sup>2</sup>

Доля детей в возрасте от 0 до 5-ти лет, посещающих дошкольные учреждения, составляет 27,9% (0–3 года – 7,8% и 4–5 лет – 49%), при этом показатель намного выше в городской (36,6%), чем в сельской местности (13,8%). Доля девочек, посещающих дошкольные учреждения, немного выше по сравнению с мальчиками.

- Помощь взрослым в обучении детей

В рамках интервью, проведенных в целях составления настоящего доклада, эксперты отмечали, что система ухода за ребенком воспринимается обществом в качестве замены ухода, предоставляемого родителями, которые считаются оптимальным вариантом. Действует ряд программ, направленных на оказание поддержки родителям в осуществлении воспитания детей, которые подразумевают, в числе прочих, такие методы, как посещения патронажных работников.

---

<sup>1</sup> Armenia Demographic and Health Survey (DHS) 2010 <http://armstat.am/en/?nid=82&id=1253>

<sup>2</sup> Social Situation in Armenia (2012) [http://armstat.am/file/article/soc\\_12\\_1-2.pdf](http://armstat.am/file/article/soc_12_1-2.pdf)



### **3.1.2. Ситуация в странах: Англия**

- Детская бедность<sup>3</sup>

17% детского населения живет в домохозяйствах с доходом ниже 60% медианного значения чистого дохода после уплаты налогов, но до оплаты жилища, 27% – после.

- Питание<sup>4</sup>

Государственные отчеты по результатам обследований свидетельствуют об отсутствии значительной недостаточности питания. Растет обеспокоенность относительно растущей проблемы ожирения детей: у 28% детей в возрасте от 2-х до 15-ти лет наблюдается ожирение.

- Охват дошкольными учреждениями<sup>5</sup>

Показатели приема в дошкольные учреждения за последние 5 лет указывают на то, что более 80% всего детского населения в возрасте до пяти лет посещают структуры дошкольного образования, хотя данные за 2008 г. говорят о том, что показатели резко возросли лишь для детей старше 3-х трех лет.

- Помощь взрослым в обучении детей

В ходе проведения интервью для целей настоящего доклада эксперты отметили тот факт, что система ухода за детьми воспринимается обществом как замена родительского ухода, который считается наилучшим для детей. Несколько действующих программ ориентированы на предоставлении поддержки родителям в осуществлении ими воспитания детей, в том числе с помощью патронажных работников.

### **3.1.3. Ситуация в странах: Италия**

- Бедность детей

В 2012 г. 18% детей жили в относительной бедности, а 9% – в абсолютной бедности. Показатели начали повышаться, начиная с 2007 г. (15% детей жили в относительной бедности и 5% – в абсолютной).

Наблюдаются очень серьезные географические и социальные различия: доля детей, живущих в бедности, составляет 5% на севере, 25% – на юге, and 50% – среди детей мигрантов.

- Питание

Нет сообщений о недостаточности питания, в то время как все большую проблему представляют избыточный вес и ожирение. По сообщениям, все возрастающая доля детей страдают от избыточного веса, начиная с 8–9 месяцев и далее в соответствии со

---

<sup>3</sup> House holds below average income (HBAI) <https://www.gov.uk/government/collections/households-below-average-income-hbai--2>

<sup>4</sup> Policy: Reducing obesity and improving diet, Department of Health  
<https://www.gov.uk/government/policies/reducing-obesity-and-improving-diet>

<sup>5</sup> <http://data.worldbank.org/russian>

стандартами роста ВОЗ. Как свидетельствует одно из последних обследований, наблюдается ненадлежащий подход к рациону питания: лишь 8% и 10% детей ежедневно употребляют пять порций фруктов и овощей, при этом 47% и 51% детей употребляли подслащенные напитки в возрасте 36 и 60–72 месяцев, соответственно. В возрасте 60–72 месяцев менее 10% детей сообщали о физической активности средней и высокой интенсивности не менее часа в день на протяжении 5–7 дней в неделю, а 32% – о том, что смотрят телевизор или играют в видеоигры более двух часов в день ежедневно.

- Охват дошкольными учреждениями

14% детей в возрасте от 0 до 3-х лет посещают дошкольные учреждения, при этом 98% детей в возрасте от 3-х до 5-ти лет охвачены дошкольным образованием.

Для детей в возрасте от 0 до 3-х лет наблюдаются весьма значимые различия, а именно: 10% детей посещают дошкольные учреждения на Юге, и 20% – на Севере. В ряде центральных и северных городских областей доля детей, посещающих дошкольные учреждения, может достигать до 33%.

- Поддержка взрослых в обучении

По результатам проведенного в 2009 г. обследования в рамках программы «Рождены, чтобы читать» (Nati per Leggere), лишь 19% родителей читают своим детям на регулярной основе (детям до пятилетнего возраста; на регулярной основе: не менее четырех раз в неделю). Согласно более позднему обследованию (2012 г.), проведенному в Северном регионе (Венето), более 60% семей с годовалыми детьми осознают важность чтения детям грудного и раннего возраста.

### **3.1.4. Ситуация в странах: Казахстан**

- Бедность детей<sup>6</sup>

45% молодых людей в возрасте до 18 лет находятся за чертой бедности, при этом, если говорить о населении в целом, то показатель составляет 33%.

- Питание<sup>7</sup>

Так же, как и для Армении, отмечается сходное распределение показателя задержки в росте в квинтилях бедности и обеспеченности. Это может свидетельствовать о сходных чертах в рационе питания в этих двух квинтилях, которые определяются скорее культурными аспектами, чем экономическим статусом.

- Охват дошкольными учреждениями<sup>8</sup>

Имеющиеся данные по показателю посещения дошкольных учреждений (детьми в возрасте 3–6 лет) свидетельствуют о значительных различиях между возрастными группами детей от 3-х до 5-ти лет и от 5-ти до 6-ти лет, при этом показатель для второй группы детей значительно выше (95% населения). Кроме того, различия в распределении показателей посещаемости между сельской и городской областью свидетельствуют о

---

<sup>6</sup> Обследование бюджетов домашних хозяйств в Республике Казахстан, 2009 г., Агентство РК по статистике

<sup>7</sup> MICS 3 (2005-2006) и MICS 4 (2010-2011) для Казахстана

<sup>8</sup> MICS 3 (2005-2006) и MICS 4 (2010-2011) для Казахстана

более высоком показателе в городской местности. Значительные различия отмечаются по квинтилям СЭС (45% – для наиболее богатых и 29% – для наиболее бедных). Охват дошкольными учреждениями значительно улучшился в период с 2006 по 2011 гг. (в 2011 г. – 37%, тогда как в 2006 г. – 16%).

- Поддержка взрослых в обучении детей

Обследования МИКС, проведенные в 2005-2006 гг. (МИКС 3) и 2010-2011 гг. (МИКС 4) свидетельствуют в целом об удовлетворительной ситуации, особенно в городской местности и в наиболее состоятельной части квинтиля СЭС. Тем не менее, изучение степени знаний и практики воспитания детей (фоновое исследование 2003 г. в рамках проекта ЮНИСЕФ) свидетельствуют о по-прежнему небольшой степени взаимодействия между родителями и детьми раннего возраста. Респондент дал следующее описание ситуации:

“Большей частью общение с детьми грудного возраста сводится к кормлению, смене пеленок и обеспечению сна, тогда как игре с ребенком в среднем уделяется 25 минут. Лишь 11% родителей сказали, что они играют со своими одно-двухгодовалыми детьми и 30% – с трехлетними детьми, однако время игры ограничивалось менее чем двумя часами. Исследование показало, что совместная деятельность сводится в основном к просмотру телепередач, посещению каких-либо мест проведения досуга или друзей, совместной работе по дому. Семьи не упоминали каких-либо видов деятельности, способствующих когнитивному развитию. Такие виды деятельности, как чтение книги, встречались достаточно редко: 2,6% для детей в возрасте 1–2 лет и 8,7% для детей в возрасте 2–3 лет. 31,3% родителей сообщили о наличии в доме каких-либо детских книжек. 64% семей ответили, что вовсе не читают своим маленьким детям».

### ***3.1.5. Ситуация в странах: Республика Молдова***

- Детская бедность<sup>9</sup>

Пятая часть всего детского населения живет за чертой бедности. Подавляющее большинство детей из бедных семей (85%) живут в сельской местности. Бедность семей сельской местности побуждает родителей искать работу за рубежом, что подвергает детей высокому социально-психологическому риску.

- Питание<sup>10</sup>

Показатели распространенности замедления роста, истощения и пониженной массы тела по данным за 2012 г. не свидетельствуют о критической ситуации в сфере питания. Более того, по сравнению с показателями 2005 г., тенденции в отношении питания говорят об улучшении.

- Охват дошкольными учреждениями<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Министерство экономики Республики Молдова (источник указан респондентом)

<sup>10</sup> MICS 3 (2005-2006) и MICS 4 (2010-2011) для Республики Молдова

Согласно данным ЮНИСЕФ, в период между 2003 и 2009 гг. отмечается значительное повышение показателя посещения дошкольных учреждений. Аналогичная тенденция, по сообщениям, отмечается в отношении показателя ежемесячных расходов домохозяйств на посещение ребенком детского сада, которые удвоились в 2009 г. по сравнению с 2003 г. Доля посещающих дошкольные учреждения детей составляет 97,4%.

- Поддержка взрослых в обучении детей<sup>12</sup>

Результаты национального обследования в сфере РДРВ, проведенного в 2009 г. ЮНИСЕФ в сфере ухода за детьми и их развития в раннем возрасте (уровень знаний семей, отношение и практика), свидетельствуют о том, что родители обращают основное внимание на удовлетворение физиологических потребностей детей, недооценивая ту активную роль, которую они призваны играть в интеллектуальном/когнитивном развитии ребенка. Это исследование также свидетельствует о том, что родители редко читают детям в возрасте до двух лет, и что на этот показатель в значительной степени влияют окружающая среда, уровень образования и социально-экономическая ситуация лиц, предоставляющих детям уход. Родители обладают весьма незначительными знаниями или вовсе не обладают знаниями в отношении развития детей и считают важными лишь вопросы, связанные с их питанием и здоровьем.

## 3.2 Меры политики и программы

В данном разделе доклада представлены существующие национальные меры политики и программы, имеющие отношение к РДРВ или оказывающие воздействие на эту сферу.

Информация по Армении, Казахстану и Республике Молдова была представлена респондентами в соответствии с вопросником.

Информация относительно Англии и Италии частично была получена в ходе непосредственно интервьюирования, а также с соответствующих вебсайтов/документов (см. Ссылки).

### 3.2.1 Общий обзор действующих мер политики в сфере РДРВ

- Конкретные меры политики в сфере РДРВ

В Таблице 2 охарактеризована ситуация в каждой стране. Наличие не менее одной действующей политики в рамках данного аспекта обозначено зеленым значком (символом), тогда как отсутствие таковой – красным значком (символом).

Данные свидетельствуют о том, что во всех странах существуют меры политики в сферах питания, обучения в раннем возрасте, предоставления родителям отпуска и предупреждения жестокого обращения с детьми.

<sup>11</sup> [http://www.unicef.org/moldova/2010\\_007\\_ECD\\_KAP\\_Study\\_ENG.pdf](http://www.unicef.org/moldova/2010_007_ECD_KAP_Study_ENG.pdf)

<sup>12</sup> UNICEF. Early childhood care and development: Family knowledge, attitudes and practices. 2009 г.

**Таблица 2. Наличие конкретных мер политики в сфере РДРВ на национальном уровне.**

Аспект политики	Армения	Англия	Италия	Казахстан	Республика Молдова
Меры политики в области питания	😊	😊	😊	😊	😊
Меры политики в области образования (дошкольного)	😊	😊	😊	😊	😊
Меры политики в сфере социально-психологической поддержки семьи	😞	😊	😞	😊	😊
Меры политики по обеспечению перевода средств нуждающимся семьям на определенных условиях	😞	😞	😞	😊	😞
Меры политики по обеспечению семей материальными льготами в зависимости от дохода	😊	😊	😊	😊	😊
Меры политики, направленные на обеспечение родителям отпуска	😊	😊	😊	😊	😊
Меры политики по деинституционализации ухода за детьми	😊	😞	😊	😊	😊
Предупреждение жестокого обращения с ребенком	😊	😊	😊	😊	😊

Следует, однако, отметить, что лишь наличие мер политики не гарантирует их реализации, о чем свидетельствует информация, представленная ниже по существующим программам.

- Меры политики в сфере развития детей в раннем возрасте в рамках всеобъемлющих мер политики

Следующая таблица указывает на существование всеобъемлющих мер политики, которые направлены на решение вопросов РДРВ в рамках более широкого подхода (с ориентацией на ребенка, мать и дитя или семью).

Таблица свидетельствует о том, что в западных странах существует тенденция решать вопросы, связанные с РДРВ, в рамках более широких мер политики, тогда как в странах восточной Европы/СНГ ситуация иная. Как будет показано ниже, существование

всеобъемлющих мер политики не гарантирует интегрированной их реализации (см. Раздел 4 – Оценка).

**Таблица 3. Наличие всеобъемлющих мер политики, включающих компоненты РДРВ на национальном уровне.**

Политика	Армения	Англия	Италия	Казахстан	Молдова
Меры политики в отношении детей	😊	😊	😊	😞	😞
Меры политики в отношении семьи	😞	😊	😊	😞	😞
Меры политики в отношении образования детей	😞	😊	😊	😊	😞
Меры политики в сфере здоровья матери и ребенка	😊	😊	😊	😊	😊

### 3.2.2 Обзор действующих мер политики и программ в сфере РДРВ

#### Действующие меры политики и программы в сфере РДРВ в Армении

- Согласно сообщениям информантов, в Армении существует ряд конкретных действующих мер политики в сфере РДРВ:
  - меры политики в области питания;
  - меры политики в области образования в раннем возрасте;
  - меры политики, направленные на обеспечение семей материальными льготами в зависимости от дохода;
  - меры политики, направленные на обеспечение родительского отпуска;
  - меры политики, направленные на деинституционализацию ухода за детьми;
  - меры политики, направленные на предупреждение жестокого обращения с ребенком.
- Как представляется, большое внимание уделяется мерам политики, направленным на обучение детей в раннем возрасте. Больше всего выигрывают детские сады от внимания формулирующих законы структур/правительства, поскольку, по-видимому, именно они играли основную роль в общей стратегии Армении в сфере РДРВ.
- Кроме того, были разработаны стратегические планы, включающие компонент РДРВ, которые в настоящее время находятся на рассмотрении правительства:
  - Проект Национальной стратегии в области питания детей и подростков.
  - Проект Закона в области содействия грудному вскармливанию и маркетинга заменителей грудного молока.

- Респондент сообщает о нескольких правительственных программах, включающих компонент РДРВ, на работу которых позитивно влияют поддержка и ориентация со стороны международных участников, таких как ЮНИСЕФ и Всемирный банк.

Кроме того, респондент подчеркивает, что в стране не существует всеобъемлющей/интегрированной политики для всех компонентов РДРВ.

### **Действующие меры политики и программы РДРВ в Англии**

- За последние 15 лет в стране произошло изменение в политике (в 1980-х годах государственное или организационное вмешательство наблюдалось лишь в тех случаях, когда ребенок подвергался риску).
- На рост политического интереса к инвестированию в меры политики и программы в сфере РДРВ повлиял ряд результатов научных исследований (например, исследование, посвященное эффективному дошкольному обучению и обучению в начальной школе – совместный проект, охватывающий ряд университетов в Англии, в ходе которого осуществлялось наблюдение за тремя тысячами детей, начиная с раннего возраста и далее. Результаты исследования показали, каким образом службы надлежащего качества, занимающиеся детьми раннего возраста, оказывают позитивное влияние на развитие детей, особенно наименее благополучных из них). По результатам данного исследования в 2004 г. был введен новый закон, согласно которому каждому ребенку в возрасте от 3-х до 5-ти лет бесплатно отводилось место на несколько часов в день в дошкольном учреждении. Начиная с сентября 2013 г., согласно закону, дошкольное место гарантировалось детям, начиная с двухлетнего возраста.
- Первоначально внимание политиков к вопросам РДРВ было продиктовано необходимостью привлечения матерей к общенациональной рабочей силе.
- Результаты научных исследований внесли вклад в повышение уровня знаний и осознание выгод в долгосрочной перспективе от инвестиций в сферу РДРВ.
- Научные исследования также повлияли на формирование мер политики в отношении материнского отпуска, продемонстрировав пользу от него как для матери, так и для ребенка. Таким образом, продолжительность отпуска была увеличена от 5 до 12 месяцев (9 оплаченных месяцев и 3 – неоплаченных, в зависимости от работодателя; многие работодатели оплачивают также и последние 3 месяца). Это позволяет направить имеющиеся ресурсы преимущественно на детей старше двенадцатимесячного возраста.
- Реализованы следующие 2 основные программы:
  - **Программа «Уверенный старт»** (начиная с 1997 г. и по настоящее время), финансируемая правительством.

Первоначально средства были направлены на 20% наиболее неблагополучных областей Соединенного Королевства. Планировалось, что программа будет предоставлять широкий спектр услуг, связанных с поддержкой родителей и ранним возрастом. Первые годы осуществления программы привели к результатам, которые не в полной мере оправдали ожидания. Важнейшим этапом явилось признание/финансирование Детских центров:

когда в одном центре объединены все услуги, необходимые для детей, - диспансеризация, иммунизация, охрана здоровья, поддержка родителей, обучение в раннем возрасте, «магазин в шаговой доступности». На начальных этапах реализации программы существовали минимальные указания в отношении механизмов финансирования, что обусловило неоднородность в реализации этого аспекта по различным областям.

Научные результаты, показавшие высокую эффективность Детских центров, привели еще к одному изменению в политике, которое заключалось в том, что с 2006 г. все программы «Уверенный старт» в стране подразумевали функционирование Детских центров. Кроме того, служба была расширена во всех областях и приобрела всеобщий характер (от 600 Детских центров в 2006 г. до 3500 в 2010 г.). Качество предоставляемых в рамках реализации программы услуг по-прежнему различается.

- **Программа «Здоровый ребенок»<sup>13</sup>** – программа, разработанная в рамках политики “Обеспечение здорового начала жизни для всех детей” – Департамент здравоохранения и департамент образования.

Данная программа начала осуществляться недавно под эгидой ориентированных на ранний возраст инициатив департамента здравоохранения. Основная инициатива в настоящий момент касается увеличения числа патронажных работников, которые и осуществляли в основном программу «Здоровый ребенок». Программа имеет следующие задачи.

- Помощь семьям в обеспечении наилучшего старта в жизни.
- Помощь родителям в поддержании здоровья их детей.
- Стимулирование здорового образа жизни, начиная с раннего возраста.
- Улучшение работы службы патронажных работников.
- Защита здоровья детей посредством иммунизации.
- Поддержка матерям и детям с проблемами в области психического здоровья.
- Улучшение возможностей для детей, матери которых относятся к наиболее уязвимым группам населения.
- Обеспечение бесплатными школьными обедами.

Программа «Здоровый ребенок» создана в соответствии с планами, обозначенными в документе «Здоровая жизнь, здоровые люди – стратегия для населения в Англии» (2010 г.), в котором также сформулированы руководящие принципы для Партнерства семейных медсестер (FNP) и службы патронажных работников. Этот документ построен на основе доклада профессора, сэра Michael Marmot “Справедливое общество, здоровые жизни», принимая основную структуру доклада и ориентацию на более широкие социальные детерминанты здоровья – с усиленным вниманием на ранних годах жизни.

---

<sup>13</sup> <https://www.gov.uk/government/publications/healthy-lives-healthy-people-our-strategy-for-public-health-in-england>



Целью Департамента здравоохранения является увеличение числа патронажных работников на 4200 (начало инициативе было положено в 2013 г., окончание ее запланировано на 2015 г.), т.е. на 50%, посредством использования комбинированной стратегии кадровых ресурсов, объединяющей аспекты сохранения, найма и возмещения кадровых ресурсов. Осуществление подготовки патронажных работников поручено университетам, но предполагается также проведение обучения на рабочем месте. Согласно ведению новой системы общественного здравоохранения предполагается, что с 2015 г. управление программой «Здоровый ребенок» для детей от нуля до пятилетнего возраста будет осуществляться местными органами власти.

- Третьей соответствующей программой является **Партнерство семейных медсестер**<sup>14</sup>, которая первоначально была разработана д-ром David Olds, Университет Колорадо. Программа работает в Англии с 2006 г., первоначально в 10 пилотных областях (Лондон, Графства Дарем и Дарлингтон, Манчестер, Барнсли, Дерби Сити, Уолсолл, Юго-восточный Эссекс, Слау, Сомерсет, Саутварк и Тауэр-Хэмлетс)<sup>15</sup>. Эти 10 пилотных районов явились объектом промежуточной оценки д-ра Birkbeck из Лондонского университета. Результаты оценки свидетельствовали о том, что программа может с успехом осуществляться в Соединенном Королевстве, что семьям она нравится и что она обладает высоким потенциалом в плане позитивных результатов. В связи с этим программа была расширена и стала охватывать большее количество областей; в настоящее время она успешно работает в Англии. В настоящее время в стране проводится рандомизированное контролируемое исследование, результаты которого будут опубликованы в начале 2014 г.

В 2010 г. правительство приняло обязательство к 2015 г. увеличить число мест в рамках Партнерства семейных медсестер до 13 000. В настоящее время существует около 9000 работников в 74 командах в 80 местных округов.

Эта программа осуществляет интенсивную и в высокой степени целенаправленную работу, ориентированную на женщин подросткового возраста, впервые становящихся матерями. Одна медсестра ведет 25 случаев, тогда как в рамках программы «Здоровый ребенок» на одну медсестру приходится 200 случаев. Программа ориентирована на обеспечение здоровой беременности и ранних лет жизни ребенка и имеет профилактическую направленность: медсестра прикреплена к каждой семье, участвующей в работе программы. В задачи программы входит оказание содействия молодым матерям в следующих аспектах:

- обеспечение здоровой беременности;
- улучшение здоровья и развития их ребенка;
- планирование своего собственного будущего и осуществление своих чаяний.

---

<sup>14</sup> <http://www.nursefamilypartnership.org/Nurses/Nurse-home-visitors--role>

<sup>15</sup> [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/222323/DCSF-RW051\\_20v2.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/222323/DCSF-RW051_20v2.pdf)

## Действующие меры политики и программы в сфере РДРВ в Италии

- Правительство разрабатывает две отдельные политики, рассчитанные на несколько лет: Национальный план, ориентированный на семью (*Piano Nazionale per la Famiglia*) и План, ориентированный на детский и подростковый возраст (*Piano Per l'Infanzia e l'Adolescenza*), которые периодически обновляются и финансируются. Они являются в основном социально ориентированными, поскольку в основном подразумевают льготы для семей или обеспечение детей детскими садами. В течение последних пяти лет финансирование неуклонно сокращается.
- Среди общенациональных программ, ориентированных на компоненты РДРВ, которые по-прежнему продолжают действовать, две могут заслуживать внимания:
- Родители плюс (Genitori più)
  - Участники: Министерство здравоохранения (Департамент укрепления здоровья и профилактики), местные органы здравоохранения региона Венето, Ассоциации педиатров.
  - Цели: содействие осуществлению семи задач в целях укрепления здоровья от зачатия до двенадцатимесячного возраста: назначение фолиевой кислоты с момента зачатия, избегание употребления алкоголя и курения, обеспечение сна, исключительно грудное вскармливание в течение длительного периода, безопасная транспортировка в автомобиле, иммунизация, чтение книг детям грудного возраста.
  - Целевые группы: родители.
  - Охват: более 90% областей, где действует программа (примерно 20% всего населения).
  - Ориентация на социальную справедливость: многоязычные материалы, несколько медицинских пунктов, патронажные визиты.
  - Продолжительность – начиная с 2007 г.
  - Финансирование: первоначально средства из Министерства здравоохранения, затем финансирование из средств местных органов здравоохранения.
  - Участие: компании средств массовой информации, телевизионные программы, групповые встречи с родителями. Местные сообщества в действительности не участвуют в планировании и осуществлении.
- **Рожденные чтобы читать (Nati per Leggere)**
  - Участники: профессиональные ассоциации (библиотекарей и педиатров), НПО (Центр по охране здоровья и развитию детей), ответственные за управление программами, обучение, материалы, мониторинг и т.д. Поддержка со стороны Министерства культуры.
  - Цели: оказывать содействие тому, чтобы родители читали детям грудного и раннего возраста, начиная с 6-ти месяцев, а также повышать грамотность и улучшать взаимоотношения между родителями и детьми.

- Целевые группы/бенефициары: родители, и, в конечном счете, дети.
- Охват: последний обзор указывает примерно на 20-25%-ный охват в масштабах всей страны, при этом наибольшее различие наблюдается между центральной, северной и южной территориями Италии.
- Виды деятельности: консультирование со стороны педиатров и других специалистов здравоохранения, бесплатное распространение книг или распространение их по низкой цене, обучение специалистов в области здравоохранения и образования; книжные ярмарки, призы за наиболее результативные местные программы, призы лучшим специалистам и за лучшие детские книги; чтение книг в общественных местах, на ярмарках и т.д.; ежегодные мероприятия, такие как недели чтения книг детям и т.д.
- Ориентация на социальную справедливость: многоязычные материалы, семейные педиатры обеспечивают охват всех детей там, где действует программа.
- Продолжительность: начиная с 1999 г.
- Финансирование: преимущественно за счет пожертвований и благотворительных средств; некоторая поддержка со стороны Министерства культуры.
- Участие: это программа, в которой принимают активное участие ассоциации родителей и добровольцы, занимающиеся поддержкой проекта на местном уровне; социальные сети включают более 100 000 энтузиастов и дискуссионных групп.
- Вместе с тем, действующие программы РДРВ, включающие аспекты образования, родительских навыков и охраны здоровья, осуществляются преимущественно на местном уровне, регионами или муниципалитетами. По этой причине выполнение программ происходит весьма неравномерно. При этом в центральном и северном регионах, а также в городах, положение дел намного лучше, чем в южных регионах и городах. В ряде регионов и городов, например, существуют Семейные центры (***Centri per la famiglia***), предоставляющие экономическую и социально-психологическую поддержку семьям, находящимся в наиболее неблагоприятных условиях, семьям мигрантов и т.д.
- Обычно за такие программы отвечают муниципалитеты. Другие органы управления осуществляют программы Carta Famiglia или Venvenuto Vimbo (экономические льготы для бедных семей или более комплексные пакеты информации и поддержки в случае, если семьи имеют какие-либо особые потребности, начиная от рождения или во время беременности). Не существует ни общей всеобъемлющей политики в сфере РДРВ, ни соответствующего плана.

### **Действующие меры политики и программы в сфере РДРВ в Казахстане**

- Согласно данным национальных экспертов, в Казахстане существует несколько действующих конкретных направлений политики РДРВ, а именно:
  - в сфере питания;

- в области обучения (дошкольного);
  - в сфере социально-психологической поддержки семьи;
  - по обеспечению перевода средств нуждающимся семьям на определенных условиях;
  - по обеспечению семей материальными льготами в зависимости от дохода;
  - в области предоставления родителям отпуска;
  - в сфере деинституционализации ухода за детьми;
  - в области предупреждения жестокого обращения с детьми.
- Текущий процесс реформирования:

### **Сектор социальной поддержки**

Предпринимаются попытки разработать основы для социальных служб защиты уязвимых детей. Министерство труда и социальной защиты совместно с Министерствами здравоохранения, образования, внутренних дел разработало и одобрило в 2009 г. Закон о специализированных службах, который предоставляет общие основы защиты наиболее уязвимых детей, и где функции социальной работы возложены на три министерства – социальной защиты, образования и здравоохранения, а также на местные органы власти.

### **Сектор здравоохранения**

Министерство здравоохранения в 2011 г. создало дополнительные рабочие места для социальных работников в поддержку уязвимых групп населения на уровне первичной медико-санитарной помощи. Существует 16 региональных обучающих центров ИВБДВ, которые предоставляют на регулярной основе обучение по месту работы. При этом в программу обучения включен компонент РДРВ с целью развития навыков консультирования у медицинских работников (как у докторов, так и у патронажных медицинских сестер) на уровне ПМСП. В настоящее время охват обучением в сфере ИВБДВ/совершенствования родительских навыков для докторов/медицинских помощников (фельдшеров) первичного звена медико-санитарной помощи составляет 54%, а для патронажных медицинских сестер – 47%.

### **Сектор образования**

Министерство образования готово разработать программу обучения для родителей детей в возрасте от 1-го до 3-х лет и концепцию регламентных основ для программы развития детей в раннем возрасте при наличии международной технической помощи.

- Услуги в поддержку развития детей в раннем возрасте предоставляются различными министерствами. Эксперты определяют существующие меры политики и правовые обязательства как недостаточно разработанные и фрагментированные, по-видимому, в связи с тем, что между различными юридическими единицами отсутствуют коммуникация и координация.
- Хотя существует ряд соглашений, регулирующих межсекторальное сотрудничество, эффективность системы затруднена в связи с отсутствием фактической интеграции и интернализации этих механизмов.

- Тем не менее, существуют благоприятные условия для дальнейшего развития интегрированных услуг, поскольку важнейшие факторы, такие как ресурсы и политическая воля, находятся на должном уровне.
- Эксперты подчеркивают необходимость в международной технической поддержке для достижения выше обозначенных задач.
- В стране в настоящее время осуществляются две программы РДРВ при поддержке ЮНИСЕФ и ВОЗ.
- Хотя компоненты РДРВ и соответствующие вмешательства можно найти в ряде Государственных планов действий и программ, ряд которых осуществляется при поддержке международных учреждений, в Казахстане не существует всеобъемлющих планов в сфере РДРВ.

### **Меры политики и программы в сфере РДРВ, действующие в Республике Молдова**

- Согласно данным национальных экспертов, в Республике Молдова существует несколько действующих конкретных направлений политики РДРВ, а именно:
  - в сфере питания;
  - в области обучения (дошкольного);
  - в сфере социально-психологической поддержки семьи;
  - по обеспечению семей материальными льготами в зависимости от дохода;
  - в области предоставления родителям отпуска;
  - в сфере деинституционализации ухода за детьми;
  - в области предупреждения жестокого обращения с детьми.
- Респондент подчеркивает отсутствие всеобъемлющей/интегрированной политики в сфере РДРВ в стране. Среднесрочные и конечные целевые ориентиры по сокращению младенческой смертности (ПМР) и показатели смертности детей в возрасте до 5-ти лет достигнуты. Несмотря на тот факт, что в 2008 г. было принято определение «живорождения», которое соответствует определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), включающее новорожденных с массой тела более 500 г, показатель младенческой смертности повысился лишь на один год. Затем наблюдалась тенденция к снижению, при этом было зарегистрировано значение показателя ниже 10 (а точнее, 9,8, учитывая, что целевой ориентир к 2015 г. составляет 13,2) – впервые этот показатель был зарегистрирован в 2012 г. Показатель смертности детей в возрасте до 5 лет также достиг стабильного уровня, который начал снижаться в 2009 г., достигнув в 2012 г. значения 12,1 на 1000 живорождений. Тем не менее, даже учитывая, что эта «работа» уже проделана в отношении ЦРТ 4, данные показатели далеки от тех, что установлены в государствах Европейского союза (4,3 в 2011 г.).
- Такому успеху за последние 12 лет способствовал ряд факторов, особенно в 2004 г. обязательного медицинского страхования, что гарантировало пакет бесплатных услуг и лекарственных средств для детей и беременных женщин. Положительное

воздействие также оказало осуществление реформы в области первичной медико-санитарной помощи. Значительный вклад в сокращение младенческой смертности (на 50%) , которое произошло в большой степени в результате совершенствования системы неонатальной помощи, внесла Национальная программа в области перинатологии, осуществление которой в стране проходило в 3 этапа: укрепление (1998–2002 гг.), оптимизация функционирования (2003–2007 гг.) и модернизация (2006–2014 гг.) системы перинатологии. Такой успех стал возможен благодаря регионализации услуг по перинатологии/неонатологии на 3-х уровнях, при обеспечении роддомов всех уровней основными изделиями медицинского назначения, а перинатальные центры 2-го и 3-го уровней – высокого технологичным оборудованием, а также благодаря внедрению основных вмешательств в отношении матерей и новорожденных, и современных технологий, необходимых для ухода за крайне недоношенными детьми. Все это привело к повышению показателя их выживаемости. Несмотря на все эти достижения, по-прежнему регистрируются случаи неонатальной смерти, вызванной преждевременными родами (60%), и случаи смерти детей в первые 3 месяца жизни (30%), особенно по причине врождённых аномалий. Эти усилия необходимы для поддержки предоставления качественных материнских услуг (в соответствии со стандартами в 80% случаев) и педиатрических стационаров.

- Республика Молдова явилась одной из первых стран Европейского региона ВОЗ, которые, начиная с 1998 г., осуществляют инициативу «Интегрированное ведение болезней детского возраста», которая является наиболее результативной стратегией в отношении улучшения здоровья матери и ребенка. На тот момент смертность детей в домашних условиях была выше 20 на 1000 рожденных живыми, и кроме того, дети Республики Молдова страдали от неправильного питания и недостаточного содержания витамина D. Почти половина случаев смерти детей в возрасте до 5-ти лет была вызвана респираторными патологиями, при этом половину этих смертей можно было бы предотвратить.
- Программа ИВБДВ в Республике Молдова была направлена на решение вопросов, связанных с основными причинами детской смертности, посредством совершенствования навыков медицинского персонала в процессе ведения случаев, улучшения функционирования системы здравоохранения и практики ухода на уровне семьи и местного сообщества. Целью данного проекта являлось предоставление поддержки действиям, направленным на достижение ЦРТ в Республике Молдова, касающихся сокращения показателя младенческой смертности и показателя смертности детей в возрасте до 5-ти лет. В партнерстве с Центром PAS ЮНИСЕФ дала высокую оценку ИВБДВ в качестве важнейшего фактора, воздействующего на снижение этого индикатора (ЮНИСЕФ, PAS, 2011 г.).
- За эти два года показатель смертности детей в возрасте до 5-ти лет в домашних условиях сократился вдвое; аналогичные изменения произошли с показателем младенческой смертности в домашних условиях (в 2010 г. показатели составляли соответственно 3,0 и 2,3). В плане смертности детей в возрасте до 5-ти лет следует отметить, что мальчики подвергаются большему риску, чем девочки, что нашло свое отражение в показателях, начиная с 2007 г. (в 2010 г. – 16 мальчиков и 11 девочек). Детская смертность в домашних условиях сократилась также благодаря

улучшению доступа к услугам первичной медико-санитарной помощи, единственной гарантированной программе, а также благодаря информированию родителей и лиц, оказывающих уход за детьми, относительно угрожающих здоровью признаков и симптомов и соответствующих рекомендаций. Основной вклад в сокращение данного показателя был внесен национальными кампаниями, направленными на просвещение семей и мобилизацию местного сообщества, которые осуществлялись в рамках проекта «Регионализация услуг скорой педиатрической помощи и интенсивной терапии» (REPЕМОL), а также в рамках программы перинатологии. В то же время, свой вклад в сокращение младенческой смертности в домашних условиях внесли медико-социальные многопрофильные бригады. Основными причинами смертности детей в возрасте до 5-ти лет по-прежнему оставались респираторная патология, травматизм, интоксикации, острые вирусные инфекции и острые диарейные болезни.

- В 2005 г. в ходе проведения Обследования по вопросам демографии и здоровья были зарегистрированы различия, касающиеся среднего значения национального показателя младенческой смертности: 13 смертей на 1000 родившихся живыми – 23 в сельской местности, 31 на юге страны и 20 в первом квинтиле. В отношении показателя смертности детей в возрасте до 5-ти лет следует отметить, что эта величина выше среди детей в сельской местности (30 на 1000) по сравнению с детьми в городских районах (20 на 1000), а показатель для детей из более низких квинтилей выше (29 на 1000), чем из более высоких квинтилей (17 на 1000). Самый высокий показатель смертности детей в возрасте до 5-ти лет зарегистрирован на юге страны (38 на 1000), а самые высокие шансы выживания в первые 5 лет жизни имеют дети из Кишинева. Хотя не существует стратифицированных данных по показателю младенческой смертности в разбивке по этнической принадлежности, обследование, проведенное в 2007 г. ПРООН, свидетельствует о том, что ПМС у детей народности рома в два раза выше, чем у остальных групп населения (29 и 17 на 1000 соответственно). В ходе обследования выявлен ярко выраженный более высокий показатель младенческой смертности среди неблагополучных малоимущих детей (Центр PAS, 2010 г.). Согласно недавно проведенным исследованиям, уровни вакцинации среди детей народности рома незначительно ниже остальных групп населения; но они представляют больше проблем, связанных с миграцией, поздней регистрацией и родами в более ранние сроки. Эти результаты подтверждаются недавним исследованием, проведенным ЮНИСЕФ «Вакцинация маленьких детей, знания и умения»(2012 г.) Охват семей народности рома обязательным медицинским страхованием находится на более низком уровне. В связи с этим лишь около 35% населения рома имеют индивидуальные полисы медицинского страхования, по сравнению с 71, 2% в других этнических группах (ЮНИСЕФ, 2012 г.).
- Существует ряд наиболее уязвимых групп населения. Согласно оценке, проведенной в рамках проекта «Интегрированное ведение болезней детского возраста» в республике Молдова за 2000-2010 гг., понятие уязвимости (по определению специалистов в области здравоохранения) чаще связывается со следующими категориями населения: одинокие матери или многодетные семьи, бедные семьи, безработные родители, молодые родители, заключенные, лица с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом, группы, характеризующиеся поведением,

связанным с высоким риском, население рома, ряд религиозных групп (в связи с их нежеланием обращаться к медицинским услугам и отказом от медицинских вмешательств). За последнее время к этим группам прибавились матери-эмигранты и перемещающиеся группы населения. Эти тенденции социальной несправедливости, связанные с уязвимостью семей, также отмечены и в других недавно проведенных исследованиях (Центр PAS, 2009 г.).

После четырёхлетнего периода сокращения показателя вакцинации с 2006 по 2010 гг. уровень вакцинации среди детей в возрасте до 2 лет по-прежнему значительно ниже целевого ориентира (91,3% в 2012г.). Министерство здравоохранения предприняло значительные усилия по укреплению стратегии коммуникации в отношении преимуществ, получаемых в результате вакцинации, и организовало ряд масштабных и активных кампаний в целях проведения информационно-разъяснительной работы относительно вакцинации, в том числе и в соответствии с Национальной программой вакцинации на 2011-2015 гг. Вакцинация против кори, эпидемического паротита и краснухи предоставляется бесплатно детям в возрасте от 1-го года до 6–7-ми лет. После нескольких лет, когда не было зарегистрировано ни одного случая заболевания, в 2011 г. было зарегистрировано несколько случаев среди невакцинированных детей народности рома. Результаты исследования по изучению отношения родителей к вакцинации выявили тот факт, что подавляющее большинство (95%) респондентов считают, что вакцины приносят пользу здоровью детей, и около 98,4% отметили, что их дети вакцинированы. У респондентов из сельской местности, которые обладали более низким уровнем подготовки, и у тех, что являются представителями более низкой квинтили, отмечен более низкий уровень знаний относительно пользы вакцинации. Дополнительные данные будут получены в 2012 г. В результате проведения исследования МИКС. Согласно мнению специалистов общественного здравоохранения (Melnic A., Gheorghita S.), основной причиной снижения показателя вакцинации является отказ родителей. Основными причинами отказа являются неправильная информация из интернета, предвзятая или некорректная информация из средств массовой информации либо принадлежность к определенным религиозным общинам. Определенный вклад в возрастающее число случаев отказа от вакцинации вносят медицинские противопоказания от специалистов, таких как неврологи, онкологи, хирурги, которые часто бывают необоснованными (из того же источника). План Министерства здравоохранения и Национального центра общественного здоровья включает информацию для родителей, руководителей религиозных организаций, специалистов первичного звена медико-санитарной помощи и факультетов непрерывного медицинского обучения, которая должна поступать от медицинского университета с тем, чтобы обеспечить более качественную информацию относительно пользы вакцинации. 29 ноября 2013 г. после четырёхлетнего периода переговоров Республика Молдова и Европейский союз подписали Соглашение об ассоциативном членстве в ЕС. Это соглашение вновь подтверждает готовность и намерение республики Молдова выполнять свои обязательства по обеспечению соответствия наивысшим стандартам в сфере прав человека, экономического развития и демократии, принятых в ЕС. Это соглашение является единственным в своем роде документом, содержащим раздел о защите прав ребенка, который был внесен благодаря настойчивым усилиям ЮНИСЕФ.



- Был проведен ряд исследований КАР (по параметрам знаний, установок и практики) в области РДРВ, по результатам которых представлены приведенные ниже рекомендации.
  - Всеобъемлющий подход к РДРВ: продолжать проведение информационно-разъяснительной работы на основе фактических данных, направленной на то, чтобы убедить правительство инвестировать средства во всеобъемлющие, основанные на местном сообществе программы РДРВ, открытые для всех детей и семей, начиная с периода до зачатия и дородового обучения и ухода и до в полной мере комплексных программ обучения родителей и оказания им поддержки в увязке с дошкольными системами и системами защиты прав ребенка.
  - Разработка документов по ориентированной на детей политике РДРВ, которые будут включать программу и рекомендации по работе с родителями, Инструмент по развитию детей в раннем возрасте и обеспечению готовности к школе, а также обеспечение соответствия этих документов наиболее оптимальной европейской практике.
  - Совершенствование профессиональных навыков медицинского персонала и преподавателей в сфере консультирования родителей по различным вопросам здоровья и образования, особенно для наиболее уязвимых семей, имеющих детей (сельская местность, низкий социально-экономический статус, низкий уровень образования и т. д.).
  - Совершенствование родительских навыков, что особенно необходимо родителям, проживающим в сельской местности или родителям из неблагополучных семей, поскольку они бывают лишены знаний и навыков в сфере воспитания детей и не в состоянии обеспечить их необходимыми условиями для их адекватного развития:
    - Продолжать обучение родителей обеспечению надлежащего питания детям, особенно поощряя исключительно грудное вскармливание и введение дополнительного питания в соответствии с возрастом.
    - Содействовать соблюдению соответствующих гигиенических навыков в семьях.
    - Совершенствовать знания и навыки родителей в отношении травматизма и его предупреждения, распознавания симптомов и признаков, опасных для здоровья, ухода за больными детьми.
    - Укреплять знания и навыки родителей в области стимулирования детей к развитию, в том числе к когнитивному развитию.
  - Расширение услуг на основе местного сообщества, особенно там, где отсутствуют детские сады. Улучшение равного доступа к всеобъемлющим программам РДРВ для всех детей, особенно наиболее уязвимых (для детей с ограниченными возможностями, детей народности рома, детей, родители которых являются мигрантами, детей, инфицированных ВИЧ/СПИД, малообеспеченных) является одной из приоритетных задач.

- Укрепление социальных партнёрств и привлечение местного сообщества к программам РДРВ.

## **4. ОЦЕНКА**

### **4.1 Возможности и проблемы на пути дальнейшего развития политики РДРВ на страновом уровне**

Данный раздел посвящен тому, чтобы подчеркнуть возможности и проблемы, возникающие на пути разработки мер политики в сфере РДРВ в рассматриваемых странах. Для каждой страны была разработана матрица SWOT в соответствии с информацией, представленной национальными экспертами в виде заполненных вопросников (а также в форме интервью – для Англии и Италии).

Продемонстрированы основные сильные стороны (позитивные и внутренние по отношению к контекстуальным факторам), слабые стороны (отрицательные и внутренние по отношению к контекстуальным факторам), возможности (позитивные и внешние по отношению к контекстуальным факторам) и опасные факторы (негативные и внешние по отношению к контекстуальным факторам) в ситуации, касающейся разработки политики РДРВ.

На основе методики SWOT по отдельным странам была разработана общая матрица SWOT в качестве попытки выявления общих характеристик ситуации во всех рассматриваемых странах.

#### 4.1.1 АРМЕНИЯ: Возможности и проблемы

**Таблица 4. Матрица SWOT по Армении для разработки политики РДРВ**

	Позитивные	Негативные
<b>ВНУТРЕННИЕ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Постоянный комитет по вопросам здоровья матери и ребёнка оказывает поддержку/обладает значительной политической волей.</li> <li>● Программы РДРВ в стране расширены благодаря займу Всемирного банка в рамках программы «Качество образования и его адекватность II», а также в рамках предстоящей программы «Качество образования и его адекватность III». За период с 2010 г. создано или расширено более 200 дошкольных учреждений, персонал которых прошел обучение при поддержке ЮНИСЕФ.</li> <li>● Новая статья расходов в государственном бюджете на дошкольное образование обеспечивало постоянное финансирование дошкольных структур, созданных непосредственно в зданиях школ, что осуществлялось в рамках вышеупомянутой программы Всемирного банка.</li> <li>● Стандарты РДРВ разработаны ЮНИСЕФ и одобрены министерством образования.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● РДРВ не является одним из приоритетных вопросов, стоящих на политической повестке дня сектора здравоохранения и социального сектора.</li> <li>● Отсутствие инклюзивных дошкольных служб для обеспечения потребностей детей с ограниченными возможностями.</li> <li>● Отсутствие служб раннего выявления и вмешательств в ситуации задержки в развитии и ограниченных возможностей.</li> <li>● Отсутствие координации между различными секторами (образования, здравоохранения, социальным сектором).</li> <li>● Недостаточное чувство сопричастности у государственных должностных лиц и сотрудников местных администраций.</li> <li>● За финансирование РДРВ отвечает местное сообщество – таким образом, наиболее уязвимые местные сообщества не могут позволить себе содержание таких служб.</li> </ul>

<p>ВНЕШНИЕ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Министерство образования планирует внести дополнения в закон о дошкольном образовании.</li> <li>• В скором времени планируется разработать Национальную стратегию по вопросам питания детей и подростков.</li> <li>• В скором времени будет одобрен парламентом проект закона о содействии обеспечения грудного вскармливания и маркетингу заменителей грудного молока.</li> <li>• На повестке дня поддержки Армении со стороны учреждений ООН, в частности ЮНИСЕФ и Всемирного банка, стоят вопросы, связанные с РДРВ.</li> <li>• ЮНИСЕФ планирует создать модель и провести пилотное исследование альтернативной дошкольной системы для слабозаселенных местных сообществ в отдаленных сельских районах.</li> <li>• Компоненты РДРВ стоят на повестке дня ряда международных организаций, работающих в Армении (Всемирное Видение Армения, Миссия «Восток», Фонд «Дети Армении» (COAF)).</li> <li>• Принятие МКФ и МКФ-ДП за основу при проведении оценки потребностей, связанных с инвалидностью детей и другими особыми потребностями, а также при осуществлении вмешательств (при поддержке ЮНИСЕФ).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ограниченные ассигнования на вопросы, связанные с РДРВ, в бюджете министерства здравоохранения/из государственного бюджета.</li> <li>• Отсутствие надлежащего комплекса навыков в области РДРВ и по связанным с этим психологическим вопросам у сотрудников сектора здравоохранения и сектора образования.</li> <li>• В стране плохо развит институт социальных работников.</li> <li>• Отсутствие интеграции между секторами и службами здравоохранения, образования и социального обеспечения.</li> </ul>
<p>Основные позитивные аспекты</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выражение интереса и приверженности на уровне правительства/парламента вопросам РДРВ</li> <li>• Поддержка со стороны учреждений ООН и других национальных и международных НПО (Мировое Видение Армения, Миссия «Восток», Фонд «Дети Армении»)</li> </ul> <p>Основные негативные аспекты</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие финансирования</li> <li>• Отсутствие обученного персонала</li> <li>• Отсутствие коммуникации и интеграции между секторами</li> </ul>		

#### 4.1.2 АНГЛИЯ: Возможности и проблемы

Таблица 5. Матрица SWOT для Англии по вопросам разработки политики РДРВ

	Позитивные	Негативные
<b>ВНУТРЕННИЕ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Изменение в политическом климате в пользу признания ценности содействия РДРВ.</li> <li>• Решительная политическая воля (все три стороны имеют единое мнение относительно первоочерёдности вопросов РДРВ).</li> <li>• Всеобщий уровень услуг в области РДРВ (ситуация не идеальна, но службы имеют всеобщий характер и финансируются государством).</li> <li>• Существование действующих программ (напр., «Уверенный старт» и «Здоровый ребенок»).</li> <li>• Приверженность предоставлению услуг на высоком уровне.</li> <li>• Существование конкретной профессиональной группы по осуществлению программ (напр., патронажные работники).</li> <li>• Всеобщий охват на национальном уровне не менее, чем одной программой (напр., «Уверенный старт»).</li> <li>• Приверженность взятому курсу и популярность этих программ способны помешать будущим правительствам проводить политику сокращения финансирования этой сферы.</li> <li>• Базовые инфраструктуры – востребовано приблизительно 90% услуг по уходу за детьми.</li> <li>• Высокий уровень осознания важности проблемы среди лиц, формирующих политику.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Плохо обученные кадры.</li> <li>• Низкий уровень интеграции в области РДРВ между сектором здравоохранения и другими секторами.</li> <li>• Недостаточно персонала для осуществления патронажных визитов – фактор, препятствующий осуществлению программы «Здоровый ребенок».</li> <li>• Существование в настоящее время финансовых трудностей в стране.</li> <li>• В обществе в целом отмечается низкий уровень знаний и установок в области РДРВ.</li> <li>• Очень высокая стоимость услуг.</li> <li>• Низкий статус работников сектора РДРВ делает эту сферу малопривлекательной для хорошо подготовленных специалистов (весьма низкая заработная плата; традиционно считалось, что в дошкольных структурах работают неквалифицированные работники или женщины с низким уровнем подготовки).</li> <li>• Не везде уровень качества услуг достаточно высок.</li> <li>• Чрезмерная формализация – образовательные меры политики навязывают весьма строгую/формальную структуру обучения, начиная с очень раннего возраста, что не продуктивно.</li> </ul>

<b>ВНЕШНИЕ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Общая экономическая ситуация улучшается, поэтому по мере преодоления дефицита бюджета больше средств будет выделяться на РДРВ.</li> <li>• Переход к Скандинавской модели в политическом и социальном аспектах: всеобщие службы ухода за детьми высокого качества.</li> <li>• Передача полномочий по предоставлению услуг местным органам власти в рамках новой реформы в секторе здравоохранения.</li> <li>• Достижение цели создания интегрированных услуг по РДРВ предоставляет возможность поиска новых путей формирования политики, ориентированной на детей.</li> <li>• Возможность для дошкольных мер политики и программ продолжать свое развитие.</li> <li>• Плановая интегрированная проверка в возрасте 2 лет – будет проводиться интегрированный/совместный мониторинг по вопросам обучения и здоровья – отчет в письменном виде о потребностях детей/семьи.</li> <li>• «Уверенный старт» - программа, финансируемая Лотереей, которая является пилотной и осуществление которой планируется в скором времени.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие улучшений в структуре подготовки и карьерного продвижения может привести к формированию нестабильных и неподготовленных кадров, поскольку люди не будут продолжать работать в данном секторе при отсутствии надежных стимулов.</li> <li>• Ненадлежащая инфраструктура для совместной/интегрированной координации между секторами (напр., различные коммуникационные системы – компьютерные системы).</li> <li>• Экономические проблемы могут привести к большому числу дальнейших сокращений в бюджете социальных программ.</li> <li>• Растущие уровни лишений и социального неравенства в Англии с отрицательными последствиями для многих детей, особенно из неблагополучных семей.</li> <li>• Активная информационно-разъяснительная работа по вопросам РДРВ может привести к «выгоранию» ключевых идей.</li> <li>• Масштабное изменение структуры первичной медико-санитарной помощи в Англии – основное внимание будет уделяться реорганизации, а не первоочередным задачам здравоохранения.</li> </ul>
<p><b>Основные позитивные аспекты</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличие устойчивой политической воли на всех уровнях.</li> <li>• Существование успешных программ и перспективы новых программ.</li> </ul> <p><b>Основные негативные аспекты</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Качество услуг неоднородно.</li> <li>• Нехватка персонала и недостаточные уровни подготовки.</li> <li>• Отсутствие коммуникации и интеграции между секторами.</li> </ul>		

### 4.1.3 ИТАЛИЯ: Возможности и проблемы

Таблица 6. Матрицы SWOT для Италии по вопросам разработки политики РДРВ

	Позитивные	Негативные
ВНУТРЕННИЕ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Устоявшиеся культурные педагогические традиции в дошкольных службах дневного ухода за детьми и наличие центров передового опыта в данной сфере.</li> <li>В ряде регионов и муниципалитетов предоставляются качественные интегрированные услуги.</li> <li>Сильные профессиональные ассоциации (воспитатели в учреждениях дневного ухода).</li> <li>Наличие организаций гражданского общества с отлаженной работой, содействующих интерактивному обучению, в том числе чтению в раннем возрасте, и развитию позитивных навыков воспитания.</li> <li>Наличие национальных всеобъемлющих структурных основ политики, ориентированной на ребенка и семью.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Низкий уровень осознания важности проблемы среди лиц, формирующих политику.</li> <li>В обществе все еще бытует мнение о том, что дневной уход за ребенком подразумевает необходимость просто пристроить его под наблюдение кого-либо.</li> <li>Отсутствие сотрудничества между медицинским просвещением и социальными службами.</li> <li>Содержание РДРВ все еще недостаточным образом охвачено в большинстве программ обучения, либо используется излишне теоретический подход.</li> <li>Чрезмерное внимание к передаче полномочий и децентрализации приводит к резким географическим и социально-экономическим различиям: в наименьшей степени услуги предоставляется тем, кто больше всего в них нуждается.</li> </ul>
ВНЕШНИЕ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Существование национальных планов в области развития детей в раннем возрасте и ориентированных на семью, которые получают недостаточное финансирование и нуждаются в обновлении.</li> <li>Часть политического сообщества готово инвестировать более масштабно на обучение детей в раннем возрасте.</li> <li>Низкий (но повышающийся) уровень осознания специалистами здравоохранения важности РДРВ.</li> <li>Растущее осознание важности проблемы обществом и наличие инициатив гражданского общества.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Бюджетные ограничения для ключевых структур (на правительственном, муниципальном и региональном уровнях), которые предоставляют поддержку программам, ориентированным на семьи и финансирующим дневной уход за детьми.</li> <li>Новые цифровые технологии предлагают слишком индивидуализированный подход, и многие родители не могут использовать эту возможность для применения опыта других родителей в области развития детей в раннем возрасте.</li> </ul>

**Основные позитивные аспекты:**

- Наличие моделей качественных интегрированных услуг на региональном/муниципальном уровнях.
- Увеличение масштабов информационно-разъяснительной работы и инициатив со стороны гражданского общества.
- Более высокий уровень осведомленности среди населения в целом относительно значимости вмешательств в сфере РДРВ.

**Основные негативные аспекты:**

- Учебные программы некоторых ключевых специалистов (в частности, в области здравоохранения) по-прежнему не охватывают вопросы, связанные с РДРВ.
- Отсутствие коммуникации и интеграции между секторами.
- Низкий уровень сознания важности проблемы среди лиц, формирующих политику.

#### 4.1.4 КАЗАХСТАН: Возможности и проблемы

Таблица 7. Матрицы SWOT для Казахстана по вопросам разработки политики РДРВ

	Позитивные	Негативные
ВНУТРЕННИЕ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокий уровень осознания важности дела охраны здоровья детей и политической приверженности. Среди первоочередных задач, стоящих на повестке дня государственных мер политики и стратегий, особое внимание уделяется вопросам социальной поддержки семьям и детям (Национальная стратегия «Казахстан-2050»).</li> <li>• Механизм межсекторальной координации на правительственном уровне:               <ol style="list-style-type: none"> <li>а) Национальный Координационный совет по охране здоровья при правительстве Республики Казахстан был создан для разработки стратегического направления Государственной системы здравоохранения в</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низкий уровень осознания важности проблемы РДРВ среди лиц, формирующих политику, и общественности.</li> <li>• Низкий уровень информационно-разъяснительной работы по вмешательствам в раннем детском возрасте на уровне политических деятелей и лиц, принимающих решения, а также общественности (отсутствие данных и информационно-разъяснительных материалов).</li> <li>• Ограниченное число обследований/исследований и отсутствие унифицированной базы данных, предоставляющей современную и дезагрегированную информацию по развитию детей в раннем возрасте (0–8 лет), по</li> </ul>



	<p>отношении межсекторального сотрудничества по вопросам содействия охране здоровья.</p> <p>b) Была создана Межучрежденческая комиссия по вопросам детей и защиты их прав.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Текущий процесс реформирования в социальном секторе, секторах здравоохранения и образования предоставляет замечательные возможности для инновации и интеграции.</li> </ul>	<p>вопросам защиты детей (распространенность и причины), качества обучения и методов воспитания.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Существующие меры политики/программы разрознены. Нет интегрированной детской политики, обеспечивающей полный пакет профилактических услуг и специализированного ухода.</li> <li>• На уровне услуг слабые механизмы межсекторальной координации.</li> </ul>
<p>ВНЕШНИЕ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Существующий потенциал Министерства здравоохранения (16 региональных учебных центров по подготовке на рабочем месте в сфере ИВБДВ в рамках текущей правительственной программы в сфере здравоохранения с обеспечением финансирования на 2011–2015 гг.) в качестве ресурса для проведения обучающих курсов по вопросам РДРВ.</li> <li>• Новый национальный реабилитационный центр и региональные филиалы могут быть использованы для развития ресурсного центра РДРВ в целях осуществления вмешательств в раннем возрасте и создания служб/услуг по вторичной/третичной профилактике, специализированному уходу и реабилитации в сфере РДРВ.</li> <li>• Новая национальная программа здравоохранения на 2016–2020 гг. будет разработана в 2014–2015 гг. При этом предусматривается уделить больше внимания вмешательствам в раннем возрасте с ассигнованием соответствующих средств.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие организации, которая несла бы основную ответственность за вмешательства в раннем детском возрасте (была бы движущей силой). Не существует единого министерства/организации, которая бы занималась исключительно вопросами развития детей в раннем возрасте и их защиты.</li> <li>• Проблема частой смены должностных лиц/отсутствие преемственности.</li> <li>• Отсутствие квалифицированных специалистов в области здравоохранения и образования по вопросам вмешательств в ранний период развития детей. Отсутствие специалистов в системе здравоохранения и образования по вопросам оценки детей, вмешательств в раннем детском возрасте и развития и поведения детей раннего возраста.</li> <li>• Отсутствие надлежащего обучения и опыта у медицинских работников и недостаточное число медицинских центров вторичного и третичного уровней, которые могут предоставлять поддержку работникам первичного звена медицинской помощи в решении вопросов, связанных с трудностями развития.</li> </ul>

**Основные позитивные аспекты:**

- Серьезная политическая приверженность делу улучшения здоровья детей.
- Происходящие процессы реформирования в ряде областей, имеющих отношение к РДРВ.

**Основные негативные аспекты:**

- Недостаточно данных и механизмов мониторинга для оценки потребностей в области РДРВ.
- Отсутствие учебных программ и квалифицированных специалистов в сфере РДРВ.
- Низкий уровень осознания важности проблемы среди лиц, формирующих политику, и в обществе в целом.

**4.1.5 РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА: Возможности и проблемы**

**Таблица 8. Матрицы SWOT для Республики Молдова по вопросам разработки политики РДРВ**

	Позитивные	Негативные
ВНУТРЕННИЕ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В Республике Молдова первоочередное внимание уделяется здоровью матери и ребенка.</li> <li>• Эта сфера включена во все основные документы, определяющие политику, а не только в документы сектора здравоохранения.</li> <li>• Наличие государственных комитетов по охране здоровья и социальной защите.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• РДРВ не рассматривается как отдельная сфера действий, к тому же этими вопросами занимается преимущественно сектор образования.</li> <li>• Недостаточная координация между различными заинтересованными сторонами (образование, здравоохранение, социальная сфера).</li> <li>• Отсутствие инвестиций в программы РДРВ, финансовую поддержку которым предоставляли лишь донорские структуры.</li> </ul>
ВНЕШНИЕ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В настоящее время разрабатывается стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков» для Республики Молдова.</li> <li>• Учреждения ООН, такие как ЮНИСЕФ и ВОЗ, предоставляют поддержку правительству в области РДРВ, а именно в реализации в масштабах всей страны компонента</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Министерство здравоохранения начинает заниматься вопросами РДРВ лишь в том случае, когда вопрос касается всей сферы охраны здоровья.</li> <li>• Отсутствие специалистов в секторе здравоохранения, надлежащим образом подготовленных для работы по осуществлению РДРВ.</li> </ul>

	<p>ИВБДВ «Уход в целях развития».</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• НПО участвуют в осуществлении действий в области РДРВ, преимущественно при поддержке ЮНИСЕФ.</li><li>• ВОЗ предоставляла поддержку министерству здравоохранения в оценке качества ухода, предоставляемого в педиатрических стационарах, что подразумевает и аспект защиты прав детей.</li></ul>	
<p><b>Основные позитивные аспекты:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• На политическом уровне рост признания необходимости уделить первостепенное внимание вмешательствам в сфере РДРВ.</li><li>• Поддержка со стороны учреждений ООН.</li></ul> <p><b>Основные негативные аспекты:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Отсутствие конкретных и интегрированных мер политики РДРВ, а также низкий уровень коммуникации между различными соответствующими секторами.</li><li>• Отсутствие подготовленных специалистов.</li><li>• Низкий уровень осознания важности проблемы среди лиц, формирующих политику, и в обществе в целом.</li></ul>		

### Основные сдерживающие факторы<sup>16</sup>

Одним из факторов, сдерживающих достижение высокого результата в сокращении младенческой смертности, является ненадлежащий уровень образования и информированности лиц, оказывающих уход за детьми (родителей). Результаты анализа случаев смерти детей на дому и в течение первых часов после госпитализации выявили тот факт, что в половине всех этих случаев у детей наблюдались признаки болезни накануне дня смерти, но родители не обратились за помощью вовремя по причине отсутствия соответствующих знаний, отсутствия телефона, длительности расстояния до медицинского учреждения, а также из-за боязни госпитализации. Многие из этих семей являются малоимущими, при этом также наблюдаются признаки небрежного отношения к детям. В результате исследователи также пришли к выводу о том, что отсутствие социальной помощи и участия местных органов власти также фигурируют среди факторов, определяющих уровень смертности<sup>17</sup>.

Другим сдерживающим фактором является ограниченный доступ к медицинским услугам для наиболее уязвимых групп населения, включая сельские территории, что требует направления общих усилий на улучшение доступа к услугам здравоохранения для всех

<sup>16</sup> Третий отчет ЦРТ, Республика Молдова, Кишинэу, 2013 г.

<sup>17</sup> Министерство здравоохранения, Министерство труда, социальной защиты и семьи и Фонд LUMOS.

групп населения. Действия должны быть направлены на улучшение отношения медицинских работников, которое позволит создать такие медицинские услуги, которые будут ориентированы на благо всего населения.

**Социальная интеграция и качество жизни детей с нейромоторными нарушениями** не находится на приемлемом уровне и зависит от эффективного внедрения системы ранних вмешательств и индивидуализированного подхода к уходу и выздоровлению.

**Ограниченный потенциал для мониторинга и оценки** – хотя в санитарно-гигиенической системе существуют эффективные средства мониторинга в отношении ранней перинатальной/неонатальной смертности, то же касается и управленческих возможностей специалистов первичной медико-санитарной помощи.

### **Возможности и факторы, способствующие успеху**

В августе 2012 г. Правительство и Министерство здравоохранения вновь подтвердили свою приверженность делу охраны здоровья и развития детей, присоединившись к глобальной инициативе ЮНИСЕФ «Приверженность делу обеспечения выживания детей: подтверждение обязательств», которая направлена на продолжение действий по спасению жизней маленьких детей. Наличие донорских структур и ключевых партнёров, активно работающих в области защиты здоровья матерей и детей, предоставляет существенную поддержку правительству в его устремлениях и начинаниях<sup>18</sup>.  
Существование регионализации службы перинатологии, национальной системы диагностики новорожденных и эпиднадзора, разработка и принятие механизмов межсекторального сотрудничества в социально-медицинской сфере в целях предупреждения и сокращения смертности в домашних условиях детей грудного и раннего возраста, укрепление материально-технической базы и применение новых технологий (специализированные машины скорой помощи и оборудование региональных отделений реанимации интенсивной терапии), а также центров непрерывного обучения в сфере интенсивной и экстренной терапии в отношении детей раннего возраста – все эти факторы вселяют некоторый оптимизм в отношении устойчивости успеха и, более того, вселяют надежду на улучшения в период после 2015 г.<sup>19</sup>

Важные совместные проекты осуществляются при поддержке партнеров в области развития, что положительно скажется на качестве перинатальных и педиатрических услуг. В частности, существуют два значимых совместных проекта Республики Молдова и Швейцарии: первый – «Модернизация системы перинатологии», который в настоящее время находится на третьем этапе реализации, и второй – «Регионализация услуг скорой педиатрической помощи и интенсивной терапии (REPEMOL)», который находится на втором этапе реализации. Был создан ряд филиалов специализированных медицинских учреждений, и укреплены некоторые из уже существующих: приемное отделение скорой помощи в Институте матери и ребенка; закончен капитальный ремонт в объединенном отделении реанимации и интенсивной терапии в Кагульской районной больнице; в

---

<sup>18</sup> Правительства Швейцарии и Японии, Европейский банк реконструкции и развития, ЮНИСЕФ, ПРООН, Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству (SDC), Всемирный банк.

<sup>19</sup> Более подробную информацию по институциональным структурным основам и информационным компаниям в сфере здоровья детей и матерей можно получить, обратившись к ЦРТ 5.

Институте матери и ребенка создан и оснащен Токсикологический информационный центр. Параллельно с этим произведено обновление протоколов и стандартов в данной области, а также обучение соответствующего персонала. Организованы кампании по коммуникации и информационно-разъяснительной работе, в том числе на национальном уровне, в рамках проекта по «Регионализации услуг скорой педиатрической помощи и интенсивной терапии» и проекта по перинатологии, так же как и с другими международными партнерами в области развития – ЮНИСЕФ, ВОЗ и ЮНФПА.

#### 4.1.6 СУММАРНАЯ SWOT: Общие возможности и проблемы

Таблица 9. Суммарная SWOT: общие для всех рассматриваемых пяти стран факторы

ПОЗИТИВНЫЕ	НЕГАТИВНЫЕ	
<p><b>СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Растет уровень общего политического осознания</b> (но при этом еще не прослеживается готовность к осуществлению).</li> <li>● <b>Существование функционирующих программ и мер политики в области РДРВ</b> (между странами наблюдаются существенные различия, но во всех пяти странах работают программы РДРВ и/или меры политики).</li> </ul>	<p><b>СЛАБЫЕ СТОРОНЫ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Уровень осознания важности</b> вопросов РДРВ среди лиц, формирующих политику, и в обществе в целом по-прежнему недостаточно высок (в ряде случаев из-за ненадлежащей информационно-разъяснительной работы).</li> <li>● <b>Отсутствие межсекторального сотрудничества</b> и механизмов координации.</li> <li>● <b>Отсутствие кадровых ресурсов</b> (плохо подготовленный персонал и/или недостаточное его количество).</li> </ul>	<p><b>ВНУТРЕННИЕ</b></p>
<p><b>ВОЗМОЖНОСТИ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Разработка новых мер политики и/или программы в процессе осуществления.</li> <li>● Поддержка со стороны международных учреждений/организаций (применимо к Армении, Казахстану и Республике Молдова).</li> </ul>	<p><b>УГРОЗЫ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Меры строгой экономии и дальнейшие финансовые сокращения в связи с экономическим кризисом.</li> <li>● Изменения на политическом уровне ведут к реорганизации/реструктуризации/реформам которые могут отрицательно сказываться на услугах/вопросах, связанных с РДРВ в плане преемственности.</li> </ul>	<p><b>ВНЕШНИЕ</b></p>

## 4.2 Основные проблемы и задачи на пути более активного участия сектора здравоохранения в разработке и реализации мер политики и вмешательств в сфере РДРВ

Следующая таблица иллюстрирует ключевые действия, необходимые для активизации роли сектора здравоохранения в отношении мер политики РДРВ для каждой из стран (по результатам опроса респондентов). При составлении данного перечня респонденты по своему усмотрению выбирали аспекты, которые они хотели бы охарактеризовать, не соблюдая общей структуры. Методологический подход при составлении данного вопросника давал право свободного выбора, поскольку целью настоящего исследования являлось изучение национального контекста и перспектив развития мер политики в области РДРВ.

**Таблица 10. Важнейшие факторы, способствующие более активному участию сектора здравоохранения в решении вопросов РДРВ на страновом уровне**

Страна	ВАЖНЕЙШИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ РОЛИ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АРМЕНИЯ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Более активная роль министерства здравоохранения в процессе.</li> <li>• Активная роль Постоянных комитетов по вопросам здоровья, охраны материнства и детства в парламенте.</li> <li>• Изменение роли ПМСП в решении вопросов, связанных с развитием детей в раннем возрасте.</li> <li>• Информационно-разъяснительная работа со стороны сектора здравоохранения относительно важности вопросов РДРВ.</li> <li>• Обеспечение реализации существующих и будущих стратегий с компонентами РДРВ.</li> </ul>
АНГЛИЯ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Интеграция служб здравоохранения с другими соответствующими секторами РДРВ: потребность в административной структуре, поддерживающей интеграцию – совместная координация (напр., один департамент отвечает за предоставление всех услуг РДРВ).</li> <li>• Передача полномочий, связанных с услугами РДРВ, от местных органов власти сектору здравоохранения, что приведет к большему признанию важности роли патронажных работников в реализации РДРВ.</li> <li>• Существуют универсальные программы, но при этом не соблюдается единообразие, в основном в связи с отсутствием персонала.</li> </ul>
ИТАЛИЯ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Осознание важности РДРВ и специальное обучение специалистов здравоохранения.</li> <li>• Отражение задач, связанных с РДРВ, в перечне должностных обязанностей специалистов здравоохранения, работающих в сфере, связанной с детьми.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Развитие служб патронажных работников.</li><li>• Конкретные межсекторальные планы и соглашения, обеспечивающие сотрудничество, направленное на достижение целей РДРВ, с четким описанием роли служб здравоохранения.</li></ul>
КАЗАХСТАН	<ul style="list-style-type: none"><li>• Обновление и принятие пакета материалов по уходу за детьми в целях развития, предназначенных для работников ПМСП (учебные и информационно-разъяснительные материалы, обучающие модули, материалы по системе мониторинга и оценки, инструменты для проведения оценки детей и семей).</li><li>• Разработка коммуникационных материалов для дородового обучения, для просвещения родителей в сфере психосоциальной стимуляции детей грудного возраста, по вопросам развития ребенка.</li><li>• Разработка системы выявления и ведения трудностей в развитии ребенка.</li><li>• Учебные курсы по наращиванию потенциала у специалистов в области РДРВ и обучение специалистов в сфере педиатрии (развитие и поведение детей).</li></ul>
РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА	<ul style="list-style-type: none"><li>• Улучшение питания детей грудного и раннего возраста на страновом уровне.</li><li>• Совершенствование способности работников здравоохранения предоставлять поддержку в развитии детей в раннем возрасте.</li><li>• Развитие услуг по ранним вмешательствам в отношении детей с ограниченными возможностями.</li><li>• Разработка отраслевых протоколов по предупреждению насилия.</li></ul>

### 4.3 Основные задачи по укреплению развития политики РДРВ

Следующая таблица иллюстрирует важнейшие факторы, способствующие укреплению развития политики РДРВ для каждой из рассматриваемых стран. Данные факторы представлены на основе ответов респондентов, и таким образом они отражают конкретную ситуацию в стране. При составлении данного перечня респонденты по своему усмотрению выбирали аспекты, которые они хотели бы охарактеризовать, не соблюдая общей структуры. Методологический подход при составлении данного вопросника давал право свободного выбора, поскольку целью настоящего исследования являлось изучение национального контекста и перспектив развития мер политики в области РДРВ.

**Таблица 11. Важнейшие факторы, способствующие укреплению развития политики РДРВ на страновом уровне**

Страна	ВАЖНЕЙШИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ УКРЕПЛЕНИЮ РАЗВИТИЯ ПОЛИТИКИ РДРВ
<b>АРМЕНИЯ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Осуществление одобренных стратегий/мер политики по РДРВ.</li> <li>• Привлечение гражданского общества и родителей к процессу развития и осуществления политики.</li> <li>• Совершенствование обучения соответствующих кадров.</li> </ul>
<b>АНГЛИЯ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение правительственных расходов на РДРВ.</li> <li>• Улучшение межсекторального сотрудничества.</li> <li>• Улучшение подготовки кадров и кадровой структуры.</li> <li>• Повышение качества услуг посредством проведения мониторинга и оценки.</li> <li>• Поддержание функционирования универсальных услуг и совершенствование услуг для самых бедных.</li> <li>• Повышение информированности общества.</li> <li>• Разработка конкретных руководящих принципов по реализации.</li> </ul>
<b>ИТАЛИЯ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение уровня информированности общества и лиц, формирующих политику, относительно пользы от вмешательств в сфере РДРВ.</li> <li>• Четкие указания относительно того, что требуется для обеспечения эффективности мер политики и вмешательств.</li> <li>• Межсекторальное сотрудничество, законодательная база и планирование на государственном и местном уровнях.</li> <li>• Принятие системы оценки.</li> <li>• Улучшение информированности общества и лиц, формирующих политику, относительно пользы от вмешательств в сфере РДРВ.</li> </ul>
<b>КАЗАХСТАН</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Укрепление информационно-разъяснительной работы на уровне высшего управленческого звена с целью обеспечения развития интегрированной системы РДРВ в Казахстане.</li> <li>• Проведение ситуационного анализа в сфере РДРВ на основе унифицированной национальной базы данных с целью предоставления новейшей и дезагрегированной информации по развитию детей.</li> <li>• Пересмотр существующей законодательной базы и системы предоставления услуг в плане поддержки в сфере охраны здоровья детей, образования и защиты в целях разработки интегрированной программы/структуры.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Разработка структурных основ РДРВ и межсекторального национального плана действий.</li><li>• Создание Национального и Регионального совета по вопросам РДРВ или рабочей группы по вопросам РДРВ для вертикальной и горизонтальной координации реализации программ в сфере РДРВ.</li></ul>
<b>РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Повышение уровня знаний населения относительно активных методов воспитания детей.</li><li>• обучение и консультирование родителей по вопросам питания, стимулирования развития детей в раннем возрасте, предупреждения насилия, распознавания опасных симптомов у детей.</li><li>• Совершенствование дошкольного образования для детей до трехлетнего возраста.</li><li>• Информационно-разъяснительная работа на правительственном уровне в отношении необходимости введения в силу законодательства об обогащении муки железом и фолиевой кислотой в целях предупреждения анемии среди женщин и детей.</li></ul>

## ВЫВОДЫ

Данный обзор не носит исчерпывающего характера, преимущественно в связи с неполнотой данных либо с их неоднородностью в разных странах. И если в странах СНГ мы можем полагаться на МИКС, то по Англии и Италии данные могут быть получены лишь из опросного обследования или отдельных исследований. Тем не менее, методология, использованная при подготовке настоящего отчета, может быть использована в качестве модели и справочного материала для будущих, более расширенных опросных исследований. Кроме того, результаты обследования предоставляют интересную, ценную информацию о ситуации в странах, которая может сподвигнуть их к проведению самооценки, сравнения с другими странами, стимулировать обсуждения этих вопросов и способствовать действиям, поскольку она отражает разнообразие картины в Европейском регионе.

Первый важный вывод по результатам данного обследования – это необходимость разработки повестки дня научных исследований в сфере политики РДРВ в Европейском регионе. В настоящее время структурные основы анализа на европейском уровне весьма слабо разработаны. Обследования МИКС охватывают большую часть вопросов РДРВ и в достаточной мере ориентированы на родительские методы воспитания, но проводятся они лишь в восточной Европе, в странах Кавказа и Центральной Азии. Для обеспечения надлежащей аналитической основы и общей концепции для разработки политики не только на национальном уровне, но также и на межнациональном, важно проводить

интегрированное, межсекторальное изучение проблемы и периодическое обследование в области РДРВ в масштабах Европы.

**В помощь лицам, формирующим политику как на национальном, так и на международном уровне, и другим заинтересованным участникам требуется структурированное исследование, разработка четких индикаторов мер политики РДРВ и инструментария для проведения оценки.**

Тот факт, что ситуация с РДРВ различна во всех 5-ти странах, не вызывает удивления. Преимущественно это результат весьма различающегося исторического и политического контекста, а также экономического и социального развития стран Западной Европы, таких как Англия и Италия - которых объединяет аналогичный средний доход и что уже является тревожной проблемой в Англии и Италии.

**Действия, направленные на улучшение питания детей грудного и раннего возраста с акцентом на местное сообщество и семейную практику, по-прежнему имеют первостепенное значение во всех странах.**

Проблема дневного ухода за детьми не решена во всех трех странах СНГ, тогда как ситуация в Англии и Италии значительно лучше. Хотя в Италии по-прежнему существуют значительные различия в предоставлении услуг между Севером и Югом. В таких странах, как Республика Молдова, особые проблемы для детей возникают в связи с миграцией, когда значительная доля взрослых покинула страну, и большое количество детей лишены надлежащего родительского воспитания.

**Во всех странах первостепенное значение имеет задача предоставления доступного и качественного дневного ухода, начиная с самых первых лет жизни ребенка.**

Имеющейся информации недостаточно для того, чтобы провести оценку методов воспитания на должном уровне. Тем не менее, обследования МИС в Армении, Казахстане и Республике Молдова, а также вспомогательные исследования, проведенные в Англии и Италии, свидетельствуют о распространенности ненадлежащих методов воспитания, которые вносят вклад в существующее и всевозрастающее социальное неравенство.

**Существует необходимость, на основе имеющихся фактических данных, в дальнейшей разработке и осуществлении на должном уровне мер политики и вмешательств в поддержку родительских навыков, с обеспечением более активного предоставления услуг для семей и детей из группы риска или имеющих особые потребности, в рамках всеобщего подхода. Осуществляемые в настоящее время в Англии и Италии программы могут послужить основой для определения и распространения наиболее оптимальных методов.**

Что касается разработки и осуществления политики РДРВ, то в Англии существуют две масштабные действующие программы, и вскоре начнут реализовываться еще две. Италия

предлагает все возрастающее разнообразие программ, ряд из которых развивается по инициативе гражданского общества, однако в стране осуществляется недостаточная государственная поддержка для реализации политики в масштабах всей страны, при этом население страдает от тяжелых последствий бюджетных ограничений на доступ к услугам по дневному уходу за детьми.

В Армении, Казахстане и Республике Молдова прослеживается крепкая связь с международными участниками/организациями, которые играют ведущую роль в существующих программах в плане финансирования и координации. В связи с общей исторически сложившейся политической ситуацией в Армении, Казахстане и Республике Молдова существует укоренившаяся культура дошкольного воспитания, хотя до недавнего времени финансовые и социальные реформы приводили к сокращению числа дошкольных учреждений дневного ухода и доступа к ним. В Англии политика и стратегии РДРВ в настоящее время прочно укоренились и, как представляется, привлекают все больше внимания, тогда как в Италии на местном уровне ситуация носит фрагментарный характер, варьируясь от очень хорошего доступа и качества до практически полного отсутствия услуг, при этом на правительственном уровне отмечается отсутствие преемственности и сокращение инвестиций.

**По меньшей мере, в четырех из пяти стран существует необходимость разработки всеобъемлющих мер политики и планов в области РДРВ, а в Англии задача состоит в том, чтобы охватить все группы населения существующими программами и достичь большей степени интеграции между услугами. Такие меры политики должны быть многоотраслевыми и направленными на все основные детерминанты развития детей: семейный доход, семейные и родительские знания и навыки, услуги на уровне местного сообщества и, в частности, обеспечение дневного ухода за детьми.**

Были намечены основные действия, необходимые для укрепления развития и реализации политики РДРВ во всех странах, которые приводятся ниже.

- Активизация межсекторального сотрудничества и разработка комплексных механизмов.
- Увеличение финансирования услуг по РДРВ.
- Повышение уровня информированности и осведомленности в вопросах РДРВ среди лиц, формирующих политику, в обществе в целом и среди родителей.
- Разработка четких указаний по обеспечению эффективной реализации и распространение их среди заинтересованных сторон.
- Разработка системы оценки.

Роль сектора здравоохранения в решении вопросов РДРВ единодушно считается основной. Вместе с тем, возможно, за исключением Англии, где программа патронажных визитов предоставляет надежную основу для осуществления РДРВ, недавнего подключения компонента «Уход в целях развития» к ИВБДВ в Казахстане и программ, которые осуществляются при содействии НПО в Италии на национальном уровне, сектор здравоохранения по-прежнему оказывает недостаточную поддержку мерам политики

РДРВ. Сводная таблица в разделе 4.2 дает представление о том, что именно необходимо сделать для укрепления роли сектора здравоохранения в решении вопросов, связанных с РДРВ. Ниже приводятся основные необходимые действия.

- Отражать вопросы РДРВ в планах отрасли здравоохранения с акцентом на социальной справедливости (как добиться того, чтобы были охвачены все дети).
- Включить содержание РДРВ в учебные программы и в перечень должностных обязанностей всех специалистов в области охраны здоровья детей.
- Разработать четкие технические указания по включению компонента РДРВ в содержание предоставляемых услуг здравоохранения.
- Играть активную роль в разработке межотраслевых мер политики на государственном уровне и межотраслевых соглашений о сотрудничестве на местном уровне.

**Разработать механизмы мониторинга и оценки, которые должны стать компонентом комплексных систем мониторинга и оценки состояния здоровья и развития детей.**

## ССЫЛКИ

Armenia Demographic and Health Survey (ADHS). National Statistical Service (NSS), 2010 г. (<http://armstat.am/en/?nid=82&id=1253>).

Armenia Demographic and Health Survey (ADHS). National Statistical Service (NSS), 2012 г. ([http://armstat.am/file/article/soc\\_12\\_1-2.pdf](http://armstat.am/file/article/soc_12_1-2.pdf)).

Barker DJP (2004). The developmental origins of adult disease. *J Am College Nutr* 2004 г.; 23:588S-95S.

Barne J, Ball M, Meadows P, McLeish J, Belsky J and the FNP Implementation Research Team. Nurse-Family Partnership Programme: First Year Pilot Sites Implementation in England Pregnancy and the Post-partum Period, DH Research Report No DCSF-RW051. Institute for the Study of Children, Families and Social Issues, Birkbeck, University of London, London ([https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/222323/DCSF-RW051\\_20v2.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/222323/DCSF-RW051_20v2.pdf))

Cattaneo A, Cogoy L, Macaluso A, Tamburlini G, editors. *Child Health in the European Union*. Luxembourg: European Commission, 2012 г.

Convention on the Rights of Children Network. 7th Report on the implementation of the CRC. Rome, May 2014 г.

Cunha F, Heckman JJ. Investing in our young people. Working Paper No. 16201. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2010 г.

Dawson G, Ashman SB, Carver LJ. The role of early experience in shaping behavioral and brain development and its implications for social policy. *Dev Psychopathol* 2000 г; 12: 695–712.

Effective pre-school and primary school education study project (EPPE). England (<http://www.education.ox.ac.uk/research/fell/research/effective-pre-school-primary-and-secondary-education/>).

Household Budget Survey (HBS) Kazakhstan. Agency of the Republic of Kazakhstan on Statistics, 2009 г.

Households below average income (HBAI) Collection. Government of United Kingdom: Department of Work and Pensions, 2014 г. (<https://www.gov.uk/government/collections/households-below-average-income-hbai-2>).

Jednoróg K, Altarelli I, Monzalvo K, et al. The influence of socioeconomic status on children's brain structure. *PLoS One*. 2012 г.;7(8):e42486.

Jefferis, BJMH, Power, C, Hertzman, C. (2002 г.). Birth weight, childhood socioeconomic environment, and cognitive development in the 1958 British birth cohort study. *BMJ*, 325, 305.

Kazakhstan Multiple Indicator Cluster Survey 2005/2006 (MICS). UNICEF: Agency of the Republic of Kazakhstan on Statistics. Astana, 2007 г. ([http://www.childinfo.org/files/MICS3\\_Kazakhstan\\_FinalReport\\_2006\\_Eng.pdf](http://www.childinfo.org/files/MICS3_Kazakhstan_FinalReport_2006_Eng.pdf)).

Kazakhstan Multiple Indicator Cluster Survey 2010/2011 (MICS). UNICEF: Agency of the Republic of Kazakhstan on Statistics. Astana; 2012 г.  
([http://www.childinfo.org/files/Kazakhstan\\_MICS4\\_Final\\_Report\\_Eng.pdf](http://www.childinfo.org/files/Kazakhstan_MICS4_Final_Report_Eng.pdf)).

Murray CJL, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990 – 2010 гг.: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 2012;380:2197 – 223. 4.

National Survey –Early Childhood care and development: family knowledge, attitudes and practices, 2010, Government of Republic of Moldova and UNICEF  
([http://www.unicef.org/moldova/2010\\_007\\_ECD\\_KAP\\_Study\\_ENG.pdf](http://www.unicef.org/moldova/2010_007_ECD_KAP_Study_ENG.pdf)).

Policy: Reducing obesity and improving diet. Government of United Kingdom: Department of Health; 2013 г. (<https://www.gov.uk/government/policies/reducing-obesity-and-improving-diet>).

Regional Analysis Report on trend affecting children in the Region, UNICEF CEE/CIS, 2012 Geneva, 2012 г.

Sethi D, Bellis M, et al, editors, European report on preventing child maltreatment. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 г.

Social Snapshot and poverty in Armenia. Measuring poverty in Armenia: Methodological Clarifications; National Statistical Service (NSS); 2012 г.  
([http://armstat.am/file/article/9.poverty\\_2013e\\_6.pdf](http://armstat.am/file/article/9.poverty_2013e_6.pdf)).

Tamburlini G, Blair M and Wolfe I. Child public health in Europe. *Eurohealth*, 20:1, 12-15, 2014 г.

The Family Nurse Partnership Programme Information leaflet Government of United Kingdom: Department of Health; 2012 г.  
([https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/216864/The-Family-Nurse-Partnership-Programme-Information-leaflet.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216864/The-Family-Nurse-Partnership-Programme-Information-leaflet.pdf)).

UNICEF. Situation Analysis of Children in Armenia, 2012 г.

Walker, S.P., Wachs, T.D., Grantham-McGregor, M., et al., “Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development”, *The Lancet*, 2011, 378(9799), 1325-1338.

White Paper: Healthy Lives, Healthy People: Our strategy for public health in England. London: HM Government; 2010 г.  
([https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/216096/dh\\_127424.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216096/dh_127424.pdf)).

Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva, 2008 г.

Health 2020: the European policy for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 г.

Wolfe I, Tamburlini G, Wiegersma PA, et al. Child public health. In: Wolfe I, McKee M, editors. European Child Health Services and Systems: Lessons without borders. Berkshire: McGraw-Hill; 2013 г. (<http://www.mcgraw-hill.co.uk/html/0335264662.html>).

Wolfe I, Thompson M, Gill P et al. Health services for children in western Europe. The Lancet 2013 г.; 381:1224–1234.

### **Вебсайты**

[www.data.worldbank.org](http://www.data.worldbank.org)

[www.mf.gov.md/ru](http://www.mf.gov.md/ru)

[www.nursefamilypartnership.org](http://www.nursefamilypartnership.org)

[www.unicef.org](http://www.unicef.org)

## ПРИЛОЖЕНИЕ I – ПОДРОБНОЕ ОПИСАНИЕ ИНДИКАТОРОВ

- Следующие таблицы иллюстрируют данные, собранные на основе вопросников, заполненных национальными должностными лицами в Армении, Казахстане и Республике Молдова.
- Данные, касающиеся рассматриваемых индикаторов, запрашивались в первом разделе вопросника (см. Приложение II).
- Для целей настоящего Приложения данные систематизированы в разбивке по: i) странам, ii) группе индикаторов и iii) отдельным индикаторам (напр.: Армения, Индикаторы А – Факторы риска для РДРВ – А1. Детская бедность).
- Сообщенные данные, касающиеся каждого индикатора, были распределены по трем таблицам, которые окрашены различными цветами:
  - Зеленая таблица – Определение индикатора, предоставленное респондентом
  - Фиолетовая таблица – Данные, сообщенные респондентом (последние имеющиеся показатели и показатели из предыдущего обследования)
  - Оранжевая таблица – Распределение представленных данных (респонденты по своему усмотрению выбирали вид распределения – *“Пожалуйста, предоставьте какую-либо дополнительную информацию в разбивке по географическому признаку, квинтилям СЭС, по параметру сельской/городской местности или что-либо другое”* – см. Приложение II).
  - Нет данных, представленных респондентами – ячейки окрашены в красный цвет: Нет данных.
- В таблицах отражена информация, запрашиваемая у респондентов в вопроснике (см. Приложение II).
- Вся информация, использованная в таблицах, была сообщена респондентами.
- Все ссылки были указаны респондентами.

### (А) АРМЕНИЯ

#### **ИНДИКАТОРЫ А – факторы риска для РДРВ**

<b>А1. ДЕТСКАЯ БЕДНОСТЬ</b>	
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИКАТОРА</b>	<b>Источник: получено от респондента</b>
Приведенные ниже показатели и соответствующие комментарии/описания применимы ко всем детям в возрасте до 18 лет.	
Концепция <i>черты бедности</i> определяется как денежная стоимость минимальной потребительской корзины, которая представляет собой объем продуктов, товаров и услуг, удовлетворяющих потребностям минимального уровня материального благосостояния,	



установленного в обществе.  
Черты бедности на армянский драм на взрослого/месяц, 2009 г.<sup>20</sup>:  
Черта бедности по пищевым продуктам 17,483  
Нижняя черта бедности 25,217  
Верхняя черта бедности 30,920

### ДАННЫЕ

Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
36,2%: Общая бедность [НСС, 2013 г.]; 3,3%: Показатель детской бедности (крайней) [НСС, 2013 г.]	2012 г.	“Бедность и социальная панорама Армении, 2013 г.” По данным Национальной статистической службы (НСС) <a href="http://armstat.am/en/?nid=82&amp;id=1503">http://armstat.am/en/?nid=82&amp;id=1503</a>	41,9%:Общая бедность [НСС/ILCS 2011 г.] 4,7%: Показатель детской бедности (крайней) [НСС/ILCS 2011 г.]	2011 г.	1) “Бедность и социальная панорама Армении, 2012 г.” По данным Национальной статистической службы (НСС) <a href="http://armstat.am/en/?nid=82&amp;id=1397">http://armstat.am/en/?nid=82&amp;id=1397</a> 2) Комплексное обследование условий жизни домашних хозяйств, 2011 г. (КОУЖДХ)

### РАСПРЕДЕЛЕНИЕ

Детская бедность в разбивке по половой принадлежности, 2012 г.		Источник: НСС/ КОУЖДХ, 2012 г.			
		Все дети в возрасте до 18 лет	Мальчики	Девочки	Среднесписочная численность населения
Крайняя бедность		3,3%	3,4%	3,3%	2,8%
Бедность в целом		36,2%	35,8%	36,5%	32,4%
Динамика показателей детской бедности, 2008-2012 гг.		Источник: НСС/ КОУЖДХ, 2012 г.			
		Крайне бедные	Бедные	Не бедные	
2008 г.		1,6%	29,8%	70,2%	
2009 г.		3,8%	35,7%	64,3%	

<sup>20</sup> MEASURING POVERTY IN ARMENIA: METHODOLOGICAL CLARIFICATIONS, “Social Snapshot and poverty in Armenia, 2012” from National Statistical Service (NSS), [http://armstat.am/file/article/9.poverty\\_2013e\\_6.pdf](http://armstat.am/file/article/9.poverty_2013e_6.pdf)

2010 г.	3,7%	41,4%		58,6%	
2011 г.	4,7%	41,9%		58,1%	
2012 г.	3,3%	36,2%		63,8%	
<b>Детская бедность в разбивке по половому признаку, 2011 г.</b>		<b>Источник: НСС/ КОУЖДХ, 2011 г.</b>			
	Все дети в возрасте до 18 лет	Мальч ики	Девочки	Среднесписочная численность населения	
Крайняя бедность	4,7%	4,7%	4,7%	3,7%	
Бедность в целом	41,9%	42,9%	41,1%	35,0%	
<b>Показатели, разрывы бедности и состав (в %) по регионам, 2011 г.</b>		<b>Источник: НСС/ КОУЖДХ, 2011 г.</b>			
	Показатель детской бедности (крайней)	Показатель детской бедности	Разрыв бедности	%- среди бедного населения	Доля от общего числа детей
Ереван	3,8	33,1	7	24,4	30,8
Арагацонт	1,5	18,0	3	1,5	3,5
Арарат	3,8	49,2	10	10,0	8,5
Армавир	5,6	47,0	12	10,1	9,0
Гехаркуник	1,8	43,5	8	6,1	5,9
Лори	6,8	52,1	13	12,4	10,0
Котайк	8,1	51,3	16	14,3	11,7
Ширак	8,2	56,0	13	13,0	9,8
Сюник	-	31,7	6	3,1	4,1
Вайоц Дзор	2,4	33,6	5	1,5	1,9
Тавуш	2,0	31,5	6	3,6	4,8
Итого	4,7	41,9	10	100	100

<b>A2. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИКАТОРА – Получено от респондента</b></li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Источник: Демографическое и медико-санитарное обследование в республике Армения – Национальная статистическая служба, Ереван, Армения, 2010 г.<sup>21</sup></b></li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Данные представлены как доля детей (в %), классифицированных как имеющие недостаточное питание, согласно следующим критериям:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Соответствие роста возрасту</li> <li>Соответствие веса росту</li> <li>Соответствие веса возрасту</li> <li>Показатели в соответствии с демографическими и другими фоновыми характеристиками</li> </ul> </li> <li>Анализ проводится в отношении детей, по которым были собраны полные и достоверные антропометрические и возрастные данные.</li> </ul>					
<b>ДАННЫЕ</b>					
<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные предыдущего обследования</b>		
Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
У 19% детей в возрасте до 5-ти лет наблюдается задержка в росте или хроническая недостаточность питания.	2010 г.	Демографическое и медико-санитарное обследование, Республика Армения (ДМСО), 2010 г.	Нет данных		
<b>РАСПРЕДЕЛЕНИЕ</b>					
<b>Уровни недостаточности питания у детей</b>			<b>Источник: Армения ДМСО, 2010 г.<sup>22</sup></b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>У 19% детей в возрасте до 5-ти лет наблюдается задержка в росте или хроническая недостаточность питания.</li> <li>(Величина соответствия роста возрасту ниже -2 СО).</li> <li>У 8% детей наблюдается серьезная задержка в росте (Таблица 12,1).</li> <li>Наибольшая вероятность задержки в росте у детей в возрасте 36–47 месяцев (26%), а наименьшая вероятность – у детей в возрасте 9–11 месяцев.</li> <li>У мальчиков несколько большая вероятность задержки в росте, чем у девочек (20% в сравнении с 18%).</li> </ul>					

<sup>21</sup> Source: Armenia DHS 2010, <http://armstat.am/en/?nid=82&id=1253>

<sup>22</sup> Source: Armenia DHS 2010, <http://armstat.am/en/?nid=82&id=1253>

- Степень задержки в росте увеличивается с увеличением интервала между родами.
- У детей, рост которых мать считает меньше среднего при рождении (26%), бóльшая вероятность задержки в росте, чем у детей, рост которых является средним или выше среднего при рождении (19%).
- В целом, у детей, матери которых имеют более низкий уровень образования, бóльшая вероятность задержки в росте.
- Дети в сельской местности имеют лишь немного большую вероятность задержки в росте по сравнению с городскими детьми (22% и 17%, соответственно).
- Наблюдаются значительные территориальные различия в распространенности задержки роста у детей, которая варьируется от низкой в Ереване – 11% до высокой в Сюнике - 37%.
- Не наблюдается четкой взаимосвязи между квинтилью богатства и задержкой в росте, хотя очевидно, что задержка в росте чаще встречается в низшем квинтиле (26%), чем в других категориях богатства (16–19%).
- У 4% детей в возрасте до 5-ти лет наблюдается истощение (величина соответствия веса росту ниже -2 СО).
- У детей моложе 6-ти месяцев трехкратная вероятность истощения по сравнению с детьми в возрасте 6–59 месяцев.
- Наблюдается небольшая разница в уровне истощения в зависимости от пола, интервала между родами или места жительства.
- Распространённость истощения наиболее высока в районе Арарата (12%) по сравнению с другими районами.

**Тенденции в отношении состояния питания у детей**

**Источник: ДМСО, Армения, 2010 г.<sup>23</sup>**

В целом, процент детей с задержкой в росте и с пониженной массой тела по сравнению с 2000 г. немного повысился. Доля детей в возрасте до 5-ти лет с задержкой в росте увеличилась с 17% в 2000 г. до 18% в 2005 г., а в 2010 г. составила 19%. Доля детей в возрасте до 5-ти лет с пониженной массой тела также возросла с 2% в 2000 г. до 5% в 2010 г., а доля детей с истощением увеличилась до 5% в 2005 г., хотя эта цифра несколько снизилась в 2010 г. – до 4%. Доля детей с избыточной массой тела также увеличилась за 5 лет с 11% в 2005 г. до 15% в 2010 г. (Рис. 12.2).

- Примечание: Информация основывается на данных по детям, матери которых были проинтервьюированы; расчет произведен в соответствии с новыми, разработанными ВОЗ Стандартами роста ребенка, принятыми в 2006 г.

<sup>23</sup> Source: Armenia DHS 2010, <http://armstat.am/en/?nid=82&id=1253>

Обзор состояния питания детей	Источник: “Ситуационный анализ детей в Армении, 2012 г.”, ЮНИСЕФ 2013 г. <sup>24</sup>
<ul style="list-style-type: none"><li>• В целом показатели по Армении свидетельствуют о несколько худшей ситуации с питанием по сравнению с другими странами ЦВЕ/СНГ. Ситуация с питанием детей в Армении ухудшилась в период между 2005 и 2010 гг., при этом основные проблемы с питанием получили свое отражение в уровнях задержки роста и хронической недостаточности питания.</li><li>• В 2010 г. <u>уровень задержки в росте</u> повысился до 19%. Наиболее высокие показатели задержки роста отмечены в четырех районах – Сюник, Арагацотн, Лори и Гехаркуник. ВОЗ установила пороговую величину, при которой настоятельно рекомендуется вмешательство в сфере общественного здравоохранения – уровень распространённости 20%; и поскольку Армения практически достигла пороговой величины, эту проблему необходимо теперь считать приоритетным вопросом общественного здравоохранения.</li><li>• В Армении <u>распространенность истощения</u> составляет 4%, а <u>тяжелой степени истощения</u> - 2%. Показатель истощения в Армении почти достиг уровней, вызывающих высокую степень обеспокоенности в плане общественного здравоохранения, поскольку установленный ВОЗ пороговый уровень распространенности составляет 5% и выше. Вызывает тревогу тот факт, что в Араратской области уровень истощения у детей составляет 11,6%.</li><li>• Еще одной серьезной проблемой у детей младшего возраста в Армении является ожирение, распространенность которого составляет 15%. Как это ни парадоксально, проблемы задержки в росте и ожирения сосуществуют: в Лори, Гехаркунике и Сюнике отмечены самые высокие уровни задержки в росте и ожирения. Таким образом, как представляется, наличие проблемы ожирения указывает скорее на неправильный рацион и режим питания, чем на наличие или избытие пищевых продуктов. В целом, у 5% детей наблюдается пониженная масса тела, при этом показатель более чем вдвое превышает средний уровень в 2,3%, который наблюдается среди населения с надлежащим питанием, что указывает на хроническую недостаточность питания у детей.</li><li>• За последние 5 лет практически не наблюдалось улучшения у детей в возрасте до 6-ти месяцев, находящихся на исключительно грудном вскармливании – в 2010 г. их доля составляла 35% в сравнении с 33% в 2005г.</li><li>• Серьезные проблемы также возникают с практикой кормления при введении дополнительного питания. Согласно данным ДМСО Армении за 2010 г., 10% детей в возрасте до 6-ти месяцев получают не грудное молоко, а его заменители, 15% - воду или какие-либо другие жидкости и 17% получают твердую или мягкую пищу. Тогда как средняя продолжительность грудного вскармливания составляет 12,5 месяцев, средняя продолжительность исключительно грудного вскармливания составляет лишь 3,2 месяца.</li></ul>	

<sup>24</sup> Source: UNICEF Armenia 2013Report “Situation Analysis of Children in Armenia 2012”, UNICEF 2013<http://www.unicef.am/en/library/1/1>

<b>А3. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЙОДА</b>	<b>Нет данных</b>
---------------------------------	-------------------

<b>А4. АНЕМИЯ</b>					
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИКАТОРА</b>			<b>Источник: Демографическое и медико-санитарное обследование - Национальная статистическая служба, Ереван, Армения, 2005 г.<sup>25</sup></b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Показатели по детям в возрасте 6–59 месяцев.</li> <li>Уровни анемии: <ul style="list-style-type: none"> <li>Любая степень анемии (&lt;11 г/дл)</li> <li>Легкая форма анемии (10,0–10,9 г/дл)</li> <li>Анемия средней тяжести (7,0–9,9 г/дл)</li> <li>Тяжелая форма анемии (&lt; 7,0 г/дл)</li> </ul> </li> </ul>					
<b>ДАННЫЕ</b>					
<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Нет данных			Любая форма	36,5%	2005 г. ДМСО, 2005 г.
			Лёгкая форма	16,5%	
			Средней тяжести	18,7%	
			Тяжелая форма	1,2%	
<b>РАСПРЕДЕЛЕНИЕ</b>					
<b>Анемия у детей</b>			<b>Источник: ДМСО Армении, 2005 г.<sup>26</sup></b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Результаты обследований ДМСО Армении свидетельствуют о том, что в период между 2000 и 2005 гг. показатели анемии среди детей возросли на 50% (преимущественно за счет повышения уровня анемии средней тяжести). Согласно обследованию ДМСО 2000 г., у 24% армянских детей возрасте 6–59 месяцев отмечалась какая-либо степень анемии, в сравнении с 37% в 2005 г. Это явное повышение уровня анемии вызывает некоторое удивление в связи с тем, что работа по проведению обследования 2005 г. проводилась в период с сентября по декабрь, после сбора урожая, когда можно ожидать, что уровень анемии должен быть ниже, чем в любое другое время года.</li> </ul>					

<sup>25</sup> Source: Armenia DHS 2005, <http://armstat.am/en/?nid=82&id=53>

<sup>26</sup> Source: Armenia DHS 2005, <http://armstat.am/en/?nid=82&id=53>

- В период между 2000 и 2005 гг. наибольшее повышение уровня анемии наблюдалось в Ереване и Гехаркунике. Например, в Ереване доля детей с какой-либо формой анемии утроилась с 13% в 2000 г. до 45% в 2005 г. Аналогичным образом, в Гехаркунике доля детей с какой-либо формой анемии удвоилась с 32% до 63% в 2005 г.
- Такое повышение показателя вызывает некоторые сомнения. Дело в том, что хотя кажущиеся аномальные результаты по анемии для Еревана и Гехаркуника можно было бы объяснить отчасти за счет миграции более бедных семей в город, также нельзя исключить ошибок при сборе данных, которые могли возникнуть из-за использования ненадлежащих методов интерпретации результатов исследования анализов или в связи с проблемами с реагентами или расходными материалами, используемыми для проведения теста на анемию.
- Таблицы по анемии, исключая данные по Еревану и Гехаркунику, не свидетельствуют о повышении распространенности анемии в течение времени, а связь между распространённостью анемии и уровнем образования матери носит обратно-пропорциональный характер, то есть уровень анемии выше у детей, чьи матери имеют более низкий уровень образования.

**Анемия у дошкольников**

**Источник: “Ситуационный анализ детей в Армении, 2012 г.”, ЮНИСЕФ 2013 г.<sup>27</sup>**

Результаты ДМСО 2005 г. свидетельствуют о значительной распространенности анемии (преимущественно связанной с дефицитом железа) среди дошкольников (37%) и среди женщин детородного возраста (25%). **Возможными причинами ухудшения ситуации с питанием у детей в Армении могут являться несвоевременное подключение дополнительных пищевых продуктов к питанию детей, находящихся на грудном вскармливании, а также неправильный состав этих дополнительных пищевых продуктов; ненадлежащие знания родителей и низкий уровень консультирования по вопросам питания со стороны работников здравоохранения.**

***ИНДИКАТОРЫ В – методы ухода со стороны семьи и родительского воспитания***

- Респонденты подчеркивают, что МИКС не проводились в Армении, в связи с этим подобная информация по стране не существует.

<b>В1. НАЛИЧИЕ КНИГ</b>	<b>Нет данных</b>
<b>В2. ПОДДЕРЖКА СЕМЬИ/ВЗРОСЛЫХ В РАННЕМ ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ</b>	<b>Нет данных</b>
<b>В3. ПОДДЕРЖКА В ОБУЧЕНИИ СО СТОРОНЫ ОТЦА</b>	<b>Нет данных</b>
<b>В4. ЗНАНИЯ СЕМЬИ ОТНОСИТЕЛЬНО ПОЗИТИВНЫХ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ РЕБЕНКА</b>	<b>Нет данных</b>
<b>В5. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ</b>	<b>Нет данных</b>

<sup>27</sup> Source: UNICEF Armenia 2013Report “Situation Analysis of Children in Armenia 2012”, UNICEF 2013<http://www.unicef.am/en/library/1/1>

<b>МЕТОДОВ ПОЗИТИВНОГО ВОСПИТАНИЯ РЕБЕНКА</b>	
<b>В6. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА</b>	Нет данных
<b>В7. ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С РЕБЕНКОМ</b>	Нет данных

### **ПОКАЗАТЕЛИ С – дошкольное и начальное образование**

<b>С1. ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ НА ОБРАЗОВАНИЕ</b>		
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИКАТОРА</b>		<b>Получено от респондента</b>
Расходы на образование как доля ВВП		
<b>ДАННЫЕ</b>		
<b>Последние имеющиеся данные</b>		
Показатели	Год	Источник
2,3%	2013 г.	Государственный бюджет Армении, 2014 г.
<b>РАСПРЕДЕЛЕНИЕ</b>		
Тенденции в государственных ассигнованиях на образование		Источник: “Ситуационный анализ детей в Армении, 2012 г.”, ЮНИСЕФ 2013 г. <sup>28</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>В 2013 г. бюджет на образование возрос в номинальном выражении на 2,5% по сравнению с предыдущими годами, но в качестве доли от ВВП его объемы снизились с 2,5% до 2,3%, при этом, в соответствии со среднесрочным прогнозом расходов на 2013-2015 гг., объемы бюджета будут продолжать снижаться до 2,2% от ВВП в 2014 г. Такое неуклонное сокращение расходов может иметь тяжелые последствия для доступа к образованию в стране и его качества.</li> <li>Примечательно, что отношение финансирования специализированного образования к финансированию инклюзивного образования сократилось от 3:1 в 2012 г. до 2,2:1 в 2013 г. На инклюзивное образование ассигновано средств на 43% больше, тогда как ассигнования на специальное образование повысились лишь на 2%.</li> <li>При том, что финансирование специального образования по-прежнему более чем вдвое превышает финансирование инклюзивного образования, такое серьезное сокращение разрыва позволяет предположить, что Министерство образования и науки Республики Армения намерено содействовать обеспечению доступа к общему образованию для детей с особыми потребностями.</li> <li>Министерство должно продолжать осуществление запланированных инициатив по преобразованию специальных школ и перераспределению их ресурсов в систему инклюзивного образования.</li> </ul>		

<sup>28</sup> Source: UNICEF Armenia 2013Report “Situation Analysis of Children in Armenia 2012”, UNICEF 2013 <http://www.unicef.am/en/library/1/1>



Тенденции в государственных ассигнованиях на дошкольные учреждения	Источник: “Ситуационный анализ детей в Армении, 2012 г.”, ЮНИСЕФ, 2013 г. <sup>29</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ассигнования государственных средств на дошкольные учреждения удвоились за период с 2012 по 2013 гг. и повысились на 73% за период с 2013 по 2014 гг. в рамках обязательства правительства финансировать дошкольные структуры, открытые в школьных зданиях в рамках программы «Качество и соответствие образования II».</li> </ul>	

<b>С2. ПОКАЗАТЕЛЬ ОХВАТА ДЕТЕЙ ОБУЧЕНИЕМ ДО НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ</b>						
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИКАТОРА</b>			<b>Получено от респондента</b>			
Охват детей в возрасте 0–5 лет дошкольными учреждениями.						
<b>ДАННЫЕ</b>						
Данные (возрастная группа от 0 до 3-х лет) <sup>30</sup>	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
	7,8%	2012	НСС	7,0%	2011	НСС
Данные (возрастная группа от 3-х до 5-ти лет)	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
	49,1%	2012	НСС	47,3	2011	НСС
<b>РАСПРЕДЕЛЕНИЕ</b>						
<b>Показатель набора для обучения до начальной школы</b>			<b>Источник: Социальная ситуация в Армении, 2012 г.<sup>31</sup></b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Показатель набора для детей от 0 до 5-ти лет – 27,9%.</li> <li>В городе охват детей значительно выше (36,6%), чем в сельской местности (13,8%).</li> <li>Девочек зачисляется немногим более, чем мальчиков.</li> </ul>						

<sup>29</sup> Source: UNICEF Armenia 2013Report “Situation Analysis of Children in Armenia 2012”, UNICEF 2013<http://www.unicef.am/en/library/1/1>

<sup>30</sup> Просьба предоставить данные по обеим возрастным группам – от 0 до 3-х и от 3 до 5-ти (или 6-ти) лет, если таковые имеются.

<sup>31</sup> Источник: Social Situation in Armenia (2012)[http://armstat.am/file/article/soc\\_12\\_1-2.pdf](http://armstat.am/file/article/soc_12_1-2.pdf)

## (В) КАЗАХСТАН

### ИНДИКАТОРЫ А – факторы риска для РДРВ

<b>А1 Детская бедность</b>						
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИКАТОРА</b>						
На основе данных по детской бедности приводятся показатели, которые имеют отношение к:						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• квинтилю индекса богатства: распределение детей в возрасте до 5 лет в соответствии с благосостоянием домашних хозяйств – рассчитано для обследования МИКС;</li> <li>• ВНД на душу населения, метод Атласа;</li> <li>• росту ВВП (ежегодно в %);</li> <li>• индексу численности бедного населения: доля населения в %, живущая ниже национальной черты бедности; национальные расчетные показатели базируются на подгрупповых расчётных показателях, взвешенных на основе населения, полученных из обследований домохозяйств.</li> </ul>						
<b>ДАННЫЕ</b>						
	Последние имеющиеся данные(МИКС-4)			Данные предыдущего обследования (МИКС-3)		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Квинтиль индекса богатства: распределение детей в возрасте до 5-ти лет в соответствии с благосостоянием домохозяйства (%): Самые бедные Самые богатые	24,1 17,7	2010/2011 гг.	Данные Всемирного банка МИКС	27,0 17,4	2006 г.	МИКС
ВНД на душу населения, метод Атласа (долл. США)	9,780	2012 г.	Данные Всемирного банка	8,200	2011 г.	Данные Всемирного банка
Рост ВВП (ежегодно в %)	5%	2013 г.	Данные Всемирного банка	7,5%	2011 г.	Данные Всемирного банка
Индекс численности бедного населения при использовании 1,25 долл. США в день (ППС)(доля населения в %)	3,8%	2012 г.	Данные Всемирного банка	5,5%	2011 г.	Данные Всемирного банка

<b>РАСПРЕДЕЛЕНИЕ</b>						
<b>Распределение детей в возрасте до 5-ти лет в соответствии с благосостоянием домохозяйств (%).</b>				<b>Квинтиль индекса богатства: Самые бедные Самые богатые</b>		
	Последние имеющиеся данные (МИКС-4)			Данные предыдущего обследования (МИКС-3)		
	Показатель и	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Самые бедные	24,1	2010/2011 гг.	МИКС		2006 г.	МИКС
	17,7					
Самые богатые				27,0		
				17,4		
<b>Распределение показателей бедности у детей в возрасте до 18 лет</b>				<b>Доклад ЮНИСЕФ, 2013 г.</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 45% всех детей в возрасте до 18 лет живут в бедности (Обследование бюджетов домохозяйств – 2013 г.).</li> <li>• 33% всего населения страны живут в бедности.</li> <li>• 7% всех детей живут в домохозяйствах с бюджетом ниже 60% прожиточного минимума.</li> <li>• По всем регионам страны показатели бедности несколько выше для детей в возрасте до 5-ти лет.</li> <li>• По всем регионам страны показатели бедности значительно выше, чем для взрослых.</li> </ul>						

<b>A2 НЕДОСТАТОЧНОЕ ПИТАНИЕ</b>
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Распространенность задержки в росте:</b> – Доля детей (в процентном выражении) в возрасте до 5-ти лет с отклонением роста ниже -2 СО от медианного значения роста для этого возраста согласно стандарту ВОЗ/НСЗД (средней степени и тяжелой).</li> <li>• <b>Распространенность пониженной массы тела:</b> – Доля детей (в процентном выражении) в возрасте до 5-ти лет с отклонением массы тела ниже -2 СО от медианного значения массы тела для этого возраста согласно стандарту ВОЗ/НСЗД (средней степени и тяжелой).</li> <li>• <b>Распространенность истощения:</b> – Доля детей (в процентном выражении) в возрасте до 5-ти лет с отклонением массы тела ниже -2 СО от медианного значения массы тела по отношению к росту согласно стандарту ВОЗ/НСЗД (средней степени и тяжелой).</li> <li>• <b>Младенцы с низкой массой тела при рождении:</b> – Доля (в процентном выражении) рожденных живыми детей за 2 года до начала проведения обследования, с массой тела ниже 2 500 г.</li> </ul>

<b>ДАННЫЕ</b>						
	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Год	Показатели	Источник
Распространенность пониженной массы тела	3,7	2010/2011 гг.	МИКС	4,0	2006 г.	МИКС
Распространенность истощения	4,1	2010/2011 гг.	МИКС	3,8	2006 г.	МИКС
Распространенность задержки в росте	13,1	2010/2011 гг.	МИКС	12,8	2006 г.	МИКС
Младенцы с низкой массой тела при рождении	4,5	2010/2011 гг.	МИКС	5,8	2006 г.	МИКС
Младенцы с низкой массой тела при рождении: доля рожденных живыми с весом ниже 2 500 г	5,9	2013 г.	Данные Минздрава	5,9	2012 г.	Данные Минздрава
<b>РАСПРЕДЕЛЕНИЕ</b>						
<b>Распространенность задержки в росте</b>				<b>МИКС</b>		
	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Город	12,8%	2010/2011 гг.	МИКС	10,7%	2006 г.	МИКС
Сельская местность	13,4%			14,9%		
Самые бедные	14,4%			8,4%		
Самые богатые	12,1%			15,7%		
Казахи	13,6%			14,5%		
Русские	11,9%			7,9%		
Самый высокий показатель по регионам	Актюбинская область (36,2%) г. Астана (19,7%)			Актюбинская область (23,5%) Кызылординская область (23,3%)		

Младенцы с низкой массой тела при рождении						
	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Город	4,1%	2010/ 2011 гг.	МИКС	6,2%	2006 г.	МИКС
Сельская местность	5,1%			5,4%		
Самые бедные	4,9%			5,0%		
Самые богатые	3,5%			5,8%		
Казахи	4,3%			5,7%		
Русские	5,0%			5,2%		
Самый высокий пок-ль по регионам	Северо-Казахстанская область (9,3%)			Павлодарская область (19,4%)		
Самый низкий пок-ль по регионам	г. Астана (3,0%) Алматинская область (3,0%)			Мангистауская область (4,0%)		

АЗ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЙОДА						
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ						
Потребление йодированной соли: доля домашних хозяйств (в %), где тестирование соли показало содержание йода/йодата на уровне 15 частей на миллион						
ДАННЫЕ						
	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Потребление йодированной соли	85,4	2010/2011 гг.	МИКС	92,0	2006 г.	МИКС
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ						
Потребление йодированной соли				МИКС		
	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник

Город	86,4%	2010/2011 гг.	МИКС	92,1%	2006 г.	МИКС
Сельская местность	83,9%			91,8%		
Самые бедные	78,0%			90,7%		
Самые богатые	86,5%			91,1%		
Самый низкий показатель по регионам	Южно-Казахстанская область (64%) г. Алматы (64,9%)			Павлодарская область (68,3%)		

#### А4 АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ

##### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ

- Распространенность железодефицитной анемии: доля (в %) детей в возрасте 6–59 месяцев с низкой концентрацией гемоглобина в крови.
- 2. Распространенность железодефицита: доля (в %) детей в возрасте 6–59 месяцев с низким уровнем ферритина в крови.

##### ДАННЫЕ

	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Распространенность железодефицитной анемии	38,9	2011 г.	Распространенность железодефицитной анемии	44,7	2008 г.	ЮНИСЕФ/данные Казахской Академии питания
Распространенность недостаточности железа	38,1	2011 г.	Распространенность недостаточности железа	Нет данных	2008 г.	ЮНИСЕФ/данные Казахской Академии питания

## **ИНДИКАТОРЫ В – методы ухода со стороны семьи и родительского воспитания**

<b>В1. НАЛИЧИЕ КНИГ</b>						
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИКАТОРА</b>						
Доля (в %) детей в возрасте до 5-ти лет, имеющих 3 или более детских книжек						
<b>ДАННЫЕ</b>						
	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Детские книжки	47,8	2010/2011 гг.	МИКС	66,4	2006 г.	МИКС
<b>РАСПРЕДЕЛЕНИЕ</b>						
Детские книжки				МИКС		
	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Город	61,1%	2010/2011 гг.	МИКС	76,9%	2006 г.	МИКС
Сельская местность	35,4%			55,5%		
Самые бедные	24,2%			43,8%		
Самые богатые	75,6%			88,7%		
Самый низкий пок-ль по регионам	Южно-Казахстанская область (17,8%) Кызылординская область (21,0%)			Южно-Казахстанская область (49,1%) Кызылординская область (52,6%)		

## В2. ПОДДЕРЖКА СЕМЬИ/ВЗРОСЛЫХ В РАННЕМ ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ

Поддержка в обучении: доля (в %) детей в возрастной группе 36–59 месяцев, с которыми за последние 3 дня взрослый член домохозяйства занимался 4-мя или более видами обучения и подготовкой к школе.

Индекс развития ребенка в раннем возрасте: доля (в %) детей в возрастной группе 36–59 месяцев, развитие которых является адекватным в физическом, социально-эмоциональном и в учебном аспектах.

Учебные материалы для игры: доля (в %) детей в возрасте до 5-ти лет, у которых есть два или более учебных материалов для игры.

### ДАННЫЕ

	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатель	Год	Источник	Показатель	Год	Источник
Поддержка в обучении	91,5	2010/2011 гг.	МИКС	81,0	2006 г.	МИКС
Индекс развития ребенка в раннем возрасте	86,1	2010/2011 гг.	МИКС	Нет данных	2006 г.	МИКС
Учебные материалы для игры	44,8	2010/2011 гг.	МИКС	19,8	2006 г.	МИКС



<b>РАСПРЕДЕЛЕНИЕ</b>						
<b>Поддержка в обучении</b>				<b>МИКС</b>		
	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источн ик	Показатели	Год	Источник
Город	94,0%	2010/2011 гг.	МИКС	82,9%	2006 г.	МИКС
Сельская местность	89,3%			79,1%		
Самые бедные	84,1%			79,7%		
Самые богатые	96,3%			86,9%		
Самый низкий по-ль по регионам	Южно- Казахстанска я область (84,2%) Алматинская область (84,9%)			Алматинская область (60.4%) Джамбульская область (69,7%)		
<b>Индекс развития ребенка в раннем возрасте</b>				<b>МИКС</b>		
	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источн ик	Показатели	Год	Источник
Город	87,2%	2010/2011 гг.	МИКС	Нет данных	2006 г.	МИКС
Сельская местность	85,1%					
Самые бедные	83,3%					
Самые богатые	92,1%					
Самый низкий по-ль по регионам	Южно- Казахстанска я область (81,5%)					

Учебные материалы для игры				МИКС		
	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатели	Год	Источн ик	Показатели	Год	Источник
Город	45,8%	2010/2011 гг.	МИКС	19,9%	2006 г.	МИКС
Сельская местность	44,0%			19,6%		
Самые бедные	39,9%			20,6%		
Самые богатые	48,6%			18,1%		
Самый низкий по-ль по регионам	Алматинская область (0,5%)  Атырауская область (3,8%)			Южно- Казахстанская область (21,1%)  Атырауская область (23,9%)		

ВЗ. ПОДДЕРЖКА В ОБУЧЕНИИ СО СТОРОНЫ ОТЦА						
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ				МИКС		
Доля (в %) детей в возрасте 0–59 месяцев, отец которых за последние 3 дня занимался с ними одним или несколькими видами деятельности, направленной на обучение и подготовку к школе.						
ДАННЫЕ						
	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Поддержка в обучении со стороны отца	49,1	2010/2011 гг.	МИКС	46,9	2006 г.	МИКС
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ						
Поддержка в обучении со стороны отца				МИКС		
	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Город	55,4%	2010/2011 гг.	МИКС	56,1%	2006 г.	МИКС
Сельская местность	43,3%			37,3%		
Самые бедные	37,5%			30,0%		

Самые богатые	60,8%			68,8%		
Самый низкий показатель по регионам	Южно-Казахстанская область (31,6%), Атырауская область (30,6%).			Южно-Казахстанская область (11,7%).		

<b>В4. ЗНАНИЕ СЕМЬИ ОТНОСИТЕЛЬНО ПОЗИТИВНЫХ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ РЕБЕНКА</b>	Нет данных
<b>В5. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ПОЗИТИВНОГО ВОСПИТАНИЯ РЕБЕНКА</b>	Нет данных

<b>В6. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА</b>						
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИКАТОРА</b>				<b>МИКС</b>		
Общий коэффициент смертности на 100 000 детей в возрасте до 5-ти лет и доля (в %) от всех смертей						
<b>ДАННЫЕ</b>						
	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Падение	2,0495 (0,46%)	2010	База данных ВОЗ	Нет данных		
Утопление в результате несчастного случая или наводнения	5,9002 (1,33%)					
Воздействие дыма, пожара и огня	1,4285 (0,32%)					
Случайное отравление и воздействие токсических веществ	3,8506 (0,87%)					
Преднамеренное самоповреждение	0					
Физическое насилие	0,9937 (0,22%)					

Все другие внешние причины	17,8248 (4,01%)					
<b>В7 ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С РЕБЕНКОМ</b>						
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ</b>						
<p>Жестокие дисциплинарные меры: доля (в %) детей в возрасте 2–14 лет, по отношению к которым применяются какие-либо жестокие дисциплинарные меры (физическое наказание и/или психологическая агрессия).</p> <p>Ненадлежащий уход: доля (в %) детей в возрасте до 5-ти лет, которых за последнюю неделю оставляли не менее одного раза одних или на попечении другого ребенка, не достигшего десятилетнего возраста.</p>						
<b>ДАННЫЕ</b>						
	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Жестокие дисциплинарные меры	49,4%	2010/2011 гг.	МИКС	52,2	2006 г.	МИКС
Ненадлежащий уход	4,4%	2010/2011 гг.	МИКС	9,8	2006 г.	МИКС
Дети, находящиеся в интернатных учреждениях, доля от всего детского населения	15%	2007 г.	Бюллетень ЮНИСЕФ	Нет данных		
Доля (в %) детей в возрасте до 3 лет, находящихся в учреждениях интернатного типа (напр., в сиротских приютах, детских домах, интернатах и т.д.)	2,6%	2007 г.	Бюллетень ЮНИСЕФ	Нет данных		

<b>РАСПРЕДЕЛЕНИЕ</b>						
<b>Жестокие дисциплинарные меры</b>				<b>МИКС</b>		
	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источни к
Город	48,9%	2010/2011 гг.	МИКС	54,7%	2006 г.	МИКС
Сельская местность	49,9%			49,1%		
Самые бедные	50,3%			51,0%		
Самые богатые	46,1%			54,2%		
Самый высокий пок-ль по регионам	Костанайская область (72,6%) Мангистауская область (65,3%)			Карагандинская область (68,8%) Северо-Казахстанская область (65,9%)		
<b>Ненадлежащий уход</b>				<b>МИКС</b>		
	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Город	4,2%	2010/2011 гг.	МИКС	10,4%	2006 г.	МИКС
Сельская местность	4,6%			9,2%		
Самые бедные	5,0%			7,6%		
Самые богатые	4,0%			10,0%		
Самый высокий пок-ль по регионам	Мангистауская область (12,7%), Восточно-Казахстанская область (6,2%)			Актюбинская область (27,3%) и Акмолинская область (24,9%)		

### ИДНИКАТОРЫ С – дошкольное и начальное образование

С1 ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ НА ОБРАЗОВАНИЕ (как доля общегосударственных расходов)						
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ						
Государственные расходы на образование: общая доля ВВП.						
Государственные расходы на дошкольное образование: доля (в %) общегосударственных расходов на образование в данный финансовый год.						
ДАННЫЕ						
	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Государственные расходы на образование (% от ВВП)	4,2	2012 г.	Доклад министерства образования	3,8	2011 г.	Министерство образования
Государственные расходы на дошкольное образование	10,7	2012 г.	Доклад министерства образования	9,35	2011 г.	Министерство образования

С2 ПОКАЗАТЕЛЬ ОХВАТА ДЕТЕЙ ОБУЧЕНИЕМ ДО НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ						
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обучение детей в раннем возрасте: доля детей в возрастной группе 36–59 месяцев, посещающих какую-либо программу развития детей в раннем возрасте.</li> <li>• Подготовка к школе: доля (в %) первоклассников, посещавших дошкольные занятия в предшествующий год.</li> <li>• Доля (в %) детей в возрасте 3–6 лет, посещавших какие-либо дошкольные занятия или проходившие обучение в какой-либо форме.</li> <li>• Доля (в %) детей в возрасте 5–6 лет, посещавших дошкольные занятия.</li> <li>• Доля (в %) детей школьного возраста с нарушениями развития, охваченных системой инклюзивного образования.</li> </ul>						
ДАННЫЕ						
	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Данные (возрастная группа 0–3)	Нет данных					

Данные (возрастная группа 3–5)  Обучение детей раннего возраста в возрастной группе 36–47 месяцев	32,4	2010/2011 гг.	МИКС		2006 г.	МИКС
Обучение детей раннего возраста в возрастной группе 48–59 месяцев	41,7	2010/2011 гг.	МИКС		2006 г.	МИКС
Обучение детей раннего возраста в возрастной группе 36–59 месяцев	37,0	2010/2011 гг.	МИКС	16,0	2006 г.	МИКС
Готовность к школе	81,6	2010/2011 гг.	МИКС	39,5	2006 г.	МИКС
Доля (в %) детей в возрасте 3–6 лет, посещавших какие-либо дошкольные занятия или какие-либо виды обучения	65,4	2011 г.	Данные Национального агентства по статистике	71,5	2012 г.	Данные Национального агентства по статистике
Доля (в %) детей в возрасте 5-6 лет, посещавших какие-либо дошкольные занятия	94,7	2011 г.	Данные Национального агентства по статистике	96,0	2012 г.	Данные Национального агентства по статистике
Доля (в %) детей	19,1	2011 г.	Данные Националь	20,3	2012 г.	Данные Национа

школьного возраста с нарушениями развития, охваченных системой инклюзивного образования			ного агентства по статистике			льного агентств а по статисти ке
<b>РАСПРЕДЕЛЕНИЕ</b>						
<b>Обучение детей раннего возраста в возрастной группе 36–59 месяцев</b>				<b>МИКС</b>		
	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источн ик	Показатели	Год	Источник
Город	45,3%	2010/2011 гг.	МИКС	24,1%	2006 г.	МИКС
Сельская местность	29,4%			7,0%		
Самые бедные	18,7%			2,8%		
Самые богатые	60,5%			44,8%		
Казахи	35,9%			12,4%		
Русские	51,2%			29,4%		
Самый низкий показатель по регионам	Алматинская область (15,1%)			Алматинская область (7,1%)		
		Кызылординская область (8,2%)				
		Актюбинская область (8,8%)				



## (С) РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА

### ИНДИКАТОРЫ А – факторы риска для РДРВ

А1 ДЕТСКАЯ БЕДНОСТЬ						
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИКАТОРА						
Определение не было дано респондентом						
ДАННЫЕ						
	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
	20%	2012 г.	Министерство экономики			
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дети подвергаются более высокому риску бедности по сравнению с населением в целом – показатель бедности среди детей превышает средний национальный показатель.</li> <li>• Около 20% детей в Республике Молдова находятся у черты бедности. Самые высокие показатели бедности регистрируются для домохозяйств с 3-мя или более детьми.</li> <li>• Около 38% семей с 3-мя или более детьми входят в категорию бедных. Хотя уровень бедности для соответствующей категории вдвое выше, чем в среднем по стране, в действительности он снизился на 2,2% по сравнению с 2010 г., и на 13,0% по сравнению с 2009 г.</li> <li>• Доля семей с 3-мя или более детьми составляет лишь 12%, тогда как доля бездетных семей – 47%.</li> <li>• Наиболее значительная часть бедных детей живут в деревнях.</li> <li>• Около 85% всех бедных детей живут в сельской местности.</li> <li>• Необходимо отметить, что численность сельского населения в целом преобладает над численностью городского, важно также отметить тот факт, что экономические возможности в деревнях весьма ограничены. Помимо проблемы с материальной бедностью, дети в сельской местности составляют очень уязвимую группу населения и подвергаются социальным рискам.</li> <li>• В целях обеспечения выживания семьи в деревне родители часто эмигрируют за границу, оставляя детей на попечение родственников, бабушек и дедушек или старших сестер и братьев. И хотя это приводит к улучшению экономической ситуации семьи, эмиграция отрицательным образом сказывается на эмоциональном здоровье, так же как и на учебных успехах детей.</li> </ul>						

A2 НЕДОСТАТОЧНОЕ ПИТАНИЕ						
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИКАТОРА				ВОЗ		
<p>Ключевыми индикаторами мониторинга ситуации с питанием детей в возрасте до 5-ти лет являются пониженная масса тела (соответствие веса возрасту), задержка в росте (соответствие роста возрасту) и истощение (соответствие веса росту). Эти 3 индикатора выражаются в единицах стандартного отклонения (СО) от медианного значения, рекомендуемого Всемирной организацией здравоохранения (Международные нормы для референтного населения).</p>						
ДАННЫЕ						
	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Для возрастной группы детей до 5-ти лет	Соответствие веса возрасту -2СО – 2% -3СО – 0,2% Соответствие роста возрасту -2СО – 6% -3СО – 1% Соответствие веса росту -2СО – 2% -3СО – 0,5%	2012 г.	МИКС	Соответствие веса возрасту -2СО – 5,9% -3СО – 0,8% Соответствие роста возрасту -2СО – 9,2% -3СО – 1,9% Соответствие веса росту -2СО – 3% -3СО – 0%	2005 г.	ДМСО

A3 НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЙОДА						
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИКАТОРА						
<p>В более ранних прилагаемых отчетах нет четкого определения, но результаты по недостаточности йода представлены</p>						
ДАННЫЕ						
	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
	36,8%	2005 г.	ДМСО*		2009 г.	Национальный обзор по РДРВ

#### А4 АНЕМИЯ

##### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИКАТОРА

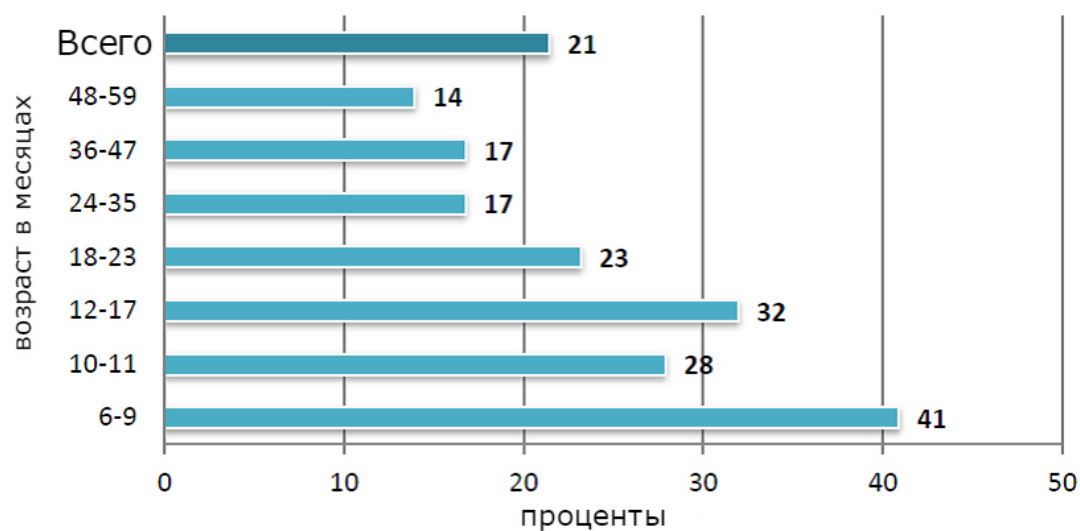
ДМСО, 2005 г., стр. 169

Анемия – это состояние, которое характеризуется сокращением объема красных клеток крови и снижением концентрации гемоглобина в крови. (ДМСО, 2005 г., стр. 169)

##### ДАННЫЕ

	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
	Таблица ниже	2012 г.	МИКС	Таблица с данными, которые отличаются – ДМСО, 2005 г. – 170, таблица 11,7	2005 г.	ДМСО

Рисунок 16. Распространенность анемии у детей в возрасте 6-59 месяцев, Молдова, 2012 г.



## **ИНДИКАТОРЫ В – методы ухода со стороны семьи и родительского воспитания**

<b>В1 НАЛИЧИЕ КНИГ</b>						
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИКАТОРА</b>						
Определение не было дано респондентом						
<b>ДАННЫЕ</b>						
	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
	<p><b>Низкий уровень обеспеченности книгами.</b> Был задан вопрос о наличии различного вида детских книг (книжки для раскрашивания, книжки с играми, поэзия, сказки, истории и т.д.). Результаты свидетельствуют о наличии небольшого количества детских книг в семьях, поскольку 26,3% семей не имели такого рода книг, у 17,9% семей были книги лишь одного какого-то вида, у 48,0% – двух или трех видов, и лишь у 7,8% семей отмечен высокий уровень обеспеченности книгами (более четырех видов книг).  <a href="http://www.unicef.org/moldova/2010_007_ECD_KAP_Study_ENG.pdf">http://www.unicef.org/moldova/2010_007_ECD_KAP_Study_ENG.pdf</a></p>					

<b>В2 ПОДДЕРЖКА СЕМЬИ/ВЗРОСЛЫХ В РАННЕМ ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ</b>						
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИКАТОРА</b>						
<a href="http://www.unicef.org/moldova/2010_007_ECD_KAP_Study_ENG.pdf">http://www.unicef.org/moldova/2010_007_ECD_KAP_Study_ENG.pdf</a>						
<b>ДАННЫЕ</b>						
	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
	66%	2009 г.	Доклад РДРВ	44%	2003 г.	Доклад РДРВ
<b>В3 ПОДДЕРЖКА В ОБУЧЕНИИ СО СТОРОНЫ ОТЦА</b>						
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИКАТОРА</b>						
<a href="http://www.unicef.org/moldova/2010_007_ECD_KAP_Study_ENG.pdf">http://www.unicef.org/moldova/2010_007_ECD_KAP_Study_ENG.pdf</a>						
<b>ДАННЫЕ</b>						
	Последние имеющиеся данные			Данные из предыдущего обследования		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
	67%	2009 г.	Доклад РДРВ			

<b>В6 ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА</b>						
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИКАТОРА</b>						
Информация имеется в ежегодном статистическом отчете министерства здравоохранения, возрастная группа 0–18 лет.						
2011 г. – 454,2 на 10 000 человек						
2012 г. – 466,4 на 10 000 человек						
<b>ДАННЫЕ</b>						
	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Возрастная группа 0–18 лет	466,4 на 10 000 человек	2012 г.	Ежегодный статистический отчет Министерства здравоохранения	454,2 на 10 000 человек	2011г.	Ежегодный статистический отчет Министерства здравоохранения

**ИНДИКАТОРЫ С – дошкольное и начальное образование**

<b>С1 ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ НА ОБРАЗОВАНИЕ</b>	
<b>РАСПРЕДЕЛЕНИЕ</b>	
Образование	3,431,769.2
Дошкольное образование	41,605.0
Среднее образование	734,476.1
Высшее образование (университет)	637,428.2
Постдипломное образование	57,668.7
Непрерывное образование (повыш.квалификации)	16,163.5
Другие виды деятельности	50,682.9
Обучение в колледже	444,102.4
<a href="http://mf.gov.md/TranspDeciz/ProiecDeciz/bsparl">http://mf.gov.md/TranspDeciz/ProiecDeciz/bsparl</a> – одобренный государственный бюджет	

## ССЫЛКИ ДЛЯ ПРИЛОЖЕНИЯ I

Annual Statistic Report of Ministry of Health 2011. Republic of Moldova: National Center of Health Management. Chisinau, 2012 ([http://ms.gov.md/sites/default/files/rapoarte/anuar\\_2011.pdf](http://ms.gov.md/sites/default/files/rapoarte/anuar_2011.pdf)).

Armenia Demographic and Health Survey (ADHS). National Statistical Service (NSS), 2010 г. (<http://armstat.am/en/?nid=82&id=1253>).

Armenia Demographic and Health Survey (ADHS). National Statistical Service (NSS), 2012 г. ([http://armstat.am/file/article/soc\\_12\\_1-2.pdf](http://armstat.am/file/article/soc_12_1-2.pdf)).

Demographic and Health Survey 2005 (DHS). National Scientific and Applied Centre for Preventive Medicine: Ministry of Health and Social Protection of Moldova. Chisinau, 2006 г. (<http://dhsprogramme.com/pubs/pdf/FR178/FR178.pdf>).

Household Budget Survey (HBS) Kazakhstan. Agency of the Republic of Kazakhstan on Statistics; 2009 г. r.ted Living Conditions Survey of Households (ILCS); National Statistical Service (NSS). Armenia; 2011 г. (<http://www.armstat.am/en/?nid=378>).

Integrated Living Conditions Survey of Households (ILCS); National Statistical Service (NSS). Armenia; 2012 г. (<http://www.armstat.am/en/?nid=378>).

Kazakhstan Multiple Indicator Cluster Survey 2005/2006 (MICS). UNICEF: Agency of the Republic of Kazakhstan on Statistics. Astana, 2007 г. ([http://www.childinfo.org/files/MICS3\\_Kazakhstan\\_FinalReport\\_2006\\_Eng.pdf](http://www.childinfo.org/files/MICS3_Kazakhstan_FinalReport_2006_Eng.pdf))

Kazakhstan Multiple Indicator Cluster Survey 2010/2011 (MICS). UNICEF: Agency of the Republic of Kazakhstan on Statistics. Astana, 2012 г. ([http://www.childinfo.org/files/Kazakhstan\\_MICS4\\_Final\\_Report\\_Eng.pdf](http://www.childinfo.org/files/Kazakhstan_MICS4_Final_Report_Eng.pdf)).

National Survey –Early Childhood care and development: family knowledge, attitudes and practices, 2010г., Government of Republic of Moldova and UNICEF ([http://www.unicef.org/moldova/2010\\_007\\_ECD\\_KAP\\_Study\\_ENG.pdf](http://www.unicef.org/moldova/2010_007_ECD_KAP_Study_ENG.pdf)).

Social Situation in Armenia. National Statistical Service (NSS), 2012 г. ([http://armstat.am/file/article/soc\\_12\\_1-2.pdf](http://armstat.am/file/article/soc_12_1-2.pdf)).

Social Snapshot and poverty in Armenia. Measuring poverty in Armenia: Methodological Clarifications. National Statistical Service (NSS), 2013 (<http://armstat.am/en/?nid=82&id=1503>).

Social Snapshot and poverty in Armenia. Measuring poverty in Armenia: Methodological Clarifications. National Statistical Service (NSS), 2012 г. ([http://armstat.am/file/article/9.poverty\\_2013e\\_6.pdf](http://armstat.am/file/article/9.poverty_2013e_6.pdf)).

UNICEF Report “Situation Analysis of Children in Armenia 2012”. UNICEF Armenia; 2013 г. (<http://www.unicef.am/en/library/1/1>).

### Вебсайты

[www.mf.gov.md/ru](http://www.mf.gov.md/ru)

[www.unicef.org](http://www.unicef.org)

[www.gruppocrc.net](http://www.gruppocrc.net)

## ПРИЛОЖЕНИЕ II – ВОПРОСНИК

### Развитие детей в раннем возрасте - оценка политики и положение дел в данной сфере

Целью данного вопросника является сбор информации о ситуации в сфере Развития детей в раннем возрасте (РДРВ) в ряде стран Европейского региона (Армения, Италия, Казахстан, Республика Молдова и Соединенное Королевство). Собранная информация явится важным вкладом в деятельность Европейского регионального бюро ВОЗ, направленную на рассмотрение Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков, которая включает РДРВ в качестве одной из задач первостепенной важности.

Вопросник был составлен таким образом, чтобы охватить все основные вопросы РДРВ (питание, доступ к дневному уходу, методы воспитания, социально-психологическое благополучие) и собрать ключевую информацию относительно текущей ситуации в этой области и тенденций (с использованием индикаторов, широко используемых в статистике и/или в международных обследованиях, таких как МИКС), а также относительно мер политики, планов и программ, включая краткий обзор основных сильных и слабых сторон, возможностей и угроз в каждой из стран (SWOT).

Респондентам предлагается найти существующую информацию и ответить на все вопросы. Если какую-либо конкретную информацию найти не представляется возможным, просьба дать краткое описание причины, по которой не удалось ее найти. Безусловно, сам факт отсутствия информации уже является важной информацией.

### РАЗДЕЛ I – Индикаторы, характеризующие ситуацию

- В настоящем разделе представлены данные, связанные с тремя различными наборами индикаторов.
- Пожалуйста, для каждого индикатора представьте используемое определение.
- Пожалуйста, представьте последние имеющиеся данные по стране в плане показателей и распределения (с указанием года и источника информации).
- Пожалуйста, предоставьте также данные из предыдущего обзора, с тем, чтобы можно было проследить тенденцию.
- Просим вас по своему усмотрению предоставить какую-либо информацию/подробности по индикатору в ячейке «Какая-либо дополнительная информация».

**А. ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ РДРВ:**

<b>А1. ДЕТСКАЯ БЕДНОСТЬ</b>						
Укажите точное определение, которое используется для индикатора						
<b>Данные</b>	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Пожалуйста, предоставьте какую-либо дополнительную информацию о распределении по географическому признаку, городской/сельской местности и прочее)						
Дополнительные замечания						

<b>А2. НЕДОСТАТОЧНОЕ ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ</b>						
Укажите точное определение, которое используется для индикатора						
<b>Данные</b>	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Пожалуйста, предоставьте какую-либо дополнительную информацию о распределении по географическому признаку, квинтилям СЭС, городской/сельской местности и прочее)						
Дополнительные замечания						



<b>А3. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЙОДА У ДЕТЕЙ</b>						
Укажите точное определение, которое используется для индикатора	Укажите точное определение, которое используется для индикатора					
<b>Данные</b>	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Пожалуйста, предоставьте какую-либо дополнительную информацию о распределении по географическому признаку, квинтилям СЭС, городской/сельской местности и прочее)						
Дополнительные замечания						

<b>А4. АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ</b>						
Укажите точное определение, которое используется для индикатора						
<b>Данные</b>	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Пожалуйста, предоставьте какую-либо дополнительную информацию о распределении по географическому признаку, квинтилям СЭС, городской/сельской местности и прочее)						
Дополнительные замечания						

## ***В. УХОД СО СТОРОНЫ СЕМЬИ И МЕТОДЫ ВОСПИТАНИЯ***

<b>В1. НАЛИЧИЕ КНИГ</b>						
Укажите точное определение, которое используется для индикатора						
<b>Данные</b>	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Пожалуйста, предоставьте какую-либо дополнительную информацию о распределении по географическому признаку, квинтилям СЭС, городской/сельской местности и прочее)						
Дополнительные замечания						

<b>В2. ПОДДЕРЖКА СЕМЬИ/ВЗРОСЛЫХ В РАННЕМ ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ</b>						
Укажите точное определение, которое используется для индикатора						
<b>Данные</b>	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Пожалуйста, предоставьте какую-либо дополнительную информацию о распределении по географическому признаку, квинтилям СЭС, городской/сельской местности и прочее)						
Дополнительные замечания						

<b>В3. ПОДДЕРЖКА В ОБУЧЕНИИ СО СТОРОНЫ ОТЦА</b>						
Укажите точное определение, которое используется для индикатора						
<b>Данные</b>	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Пожалуйста, предоставьте какую-либо дополнительную информацию о распределении по географическому признаку, квинтилям СЭС, городской/сельской местности и прочее)						
Дополнительные замечания						

<b>В4. ЗНАНИЯ СЕМЬИ ОТНОСИТЕЛЬНО ПОЗИТИВНЫХ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ РЕБЕНКА</b>						
Укажите точное определение, которое используется для индикатора						
<b>Данные</b>	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Пожалуйста, предоставьте какую-либо дополнительную информацию о распределении по географическому признаку, квинтилям СЭС, городской/сельской местности и прочее)						
Дополнительные замечания						

<b>В5. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ПОЗИТИВНОГО ВОСПИТАНИЯ РЕБЕНКА</b>						
Укажите точное определение, которое используется для индикатора						
<b>Данные</b>	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Пожалуйста, предоставьте какую-либо дополнительную информацию о распределении по географическому признаку, квинтилям СЭС, городской/сельской местности и прочее)						
Дополнительные замечания						

<b>В6. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА</b>						
Пожалуйста, предоставьте какие-либо имеющиеся данные относительно травматизма детей в возрастной группе 0-5 лет, если таковые имеются (напр., пок-ли смертности или пок-ли госпитализации)						

<b>В7. ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С РЕБЕНКОМ</b>						
Пожалуйста, предоставьте какие-либо имеющиеся данные относительно жестокого обращения с ребёнком (количество сообщенных случаев, если это возможно, то в разбивке						

по основным видам жестокого обращения: физическое, сексуальное насилие и т. д.)	
---	--

### ***С. ДОШКОЛЬНОЕ И НАЧАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ:***

<b>С1. ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ НА ОБРАЗОВАНИЕ</b> (как доля общих государственных расходов)			
Укажите точное определение, которое используется для индикатора			
<b>Данные</b>	<b>Последние имеющиеся данные</b>		
	Показатели	Год	Источник
Дополнительные комментарии			

<b>С2. ПОКАЗАТЕЛЬ ОХВАТА ДЕТЕЙ ОБУЧЕНИЕМ ДО НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ</b>						
Укажите точное определение, которое используется для индикатора						
<b>Данные (возрастная группа 0–3 лет)<sup>32</sup></b>	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
<b>Данные (возрастная группа 3–5 лет)</b>	<b>Последние имеющиеся данные</b>			<b>Данные из предыдущего обследования</b>		
	Показатели	Год	Источник	Показатели	Год	Источник
Пожалуйста, предоставьте какую-либо дополнительную информацию о						

<sup>32</sup> Если возможно, предоставьте, пожалуйста, данные для обеих возрастных групп: 0–3 и 3–5 (или 6) лет

распределении по географическому признаку, квинтилям СЭС, городской/сельской местности и прочее)	
Дополнительные комментарии	

**РАЗДЕЛ II – действия в плане политики (соответствующие законодательные акты, одобренные правительством и/или парламентом)**

***А. КОНКРЕТНЫЕ МЕРЫ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ РДРВ (меры политики, ориентированные только на вопросы РДРВ)***

1. Укажите, пожалуйста, существуют ли в вашей стране действующие меры политики РДРВ в следующих областях:

Аспекты политики	Да	Нет
Меры политики в области питания		
Меры политики в области обучения (дошкольного)		
Меры политики в сфере социально-психологической поддержки семьи		
Обеспечение перевода средств нуждающимся семьям на определенных условиях		
Предоставление материальных льгот семьям в зависимости от дохода		
Меры политики, направленные на обеспечение родителям отпуска		
Меры политики в сфере деинституционализации ухода за детьми		
Какие-либо другие действующие меры политики		
.....		

2. По каждому из этих пунктов просим вас дать краткое описание (50-100 слов), с указанием года принятия политики и этапа реализации – начальный этап, частичная реализация или завершено.

.....

Примечание: При заполнении вопросника вы можете приложить по своему усмотрению какую-либо официальную документацию о конкретной политике, конкретном вопросе (только в случае, если таковая существует на английском языке).

***В. ИНТЕГРИРОВАННЫЕ МЕРЫ ПОЛИТИКИ (более широкие меры политики, одним из компонентов которых является РДРВ)***

1. Укажите, пожалуйста, действуют ли в вашей стране какие-либо интегрированные меры политики РДРВ в следующих областях:

Аспекты политики	Да	Нет
Меры политики, ориентированные на детей		
Меры политики, ориентированные на семью		
Меры политики в сфере образования детей		
Меры политики в сфере охраны здоровья матери и ребенка		
Какие-либо другие действующие меры политики		
.....		

2. По каждому из этих пунктов просим вас дать краткое описание (50-100 слов), с указанием года принятия политики и этапа реализации – начальный этап, частичная реализация или завершено.

**РАЗДЕЛ III – ПЛАНЫ**

1. Просим вас указать одобренный в вашей стране за последние 10 лет план(ы) действий по РДРВ, либо план(ы) действий, включающие компонент РДРВ. Просим дать краткое описание существующих планов по пунктам финансирования, временных рамок, ресурсов и т.д.

.....

Примечание: При заполнении вопросника вы можете приложить по своему усмотрению какую-либо официальную документацию о конкретной политике, конкретном вопросе (только в случае, если таковая существует на английском языке).

**РАЗДЕЛ IV – Программы (конкретные программы, касающиеся одного или более компонентов РДРВ, которые могут финансироваться и/или осуществляться под руководством правительства либо другого учреждения)**

1. Укажите, пожалуйста, не более пяти действующих программ, ориентированных на важные компоненты РДРВ.

Пожалуйста, представьте краткое описание каждой программы, обращая внимание на следующие аспекты:

- Ответственное учреждение/учреждения и партнеры – Кто? (напр., государственный сектор, национальные и/или международные НПО/организации гражданского общества, международные организации и т.д.).
- Цели (общие и более конкретные) – Почему? (напр., сокращение бедности, повышение показателя охвата дошкольным обучением, содействие использованию позитивных методов воспитания детей и т.д.).
- Целевые группы/бенефициары – Для кого? (напр., отдельные дети, отдельные семьи, организованные группы, наиболее уязвимые группы/группы риска и т.д.).
- Охват – Сколько? (напр., количество и/или доля общего числа детей/семей, охваченная программой).
- Виды деятельности – Что? (напр., семинары для родителей).
- В центре внимания социальная справедливость – Есть ли какой-то способ охватить наиболее неблагополучные группы населения?
- Продолжительность – Как долго? (напр., *временные рамки*).
- Финансирование – Каким образом? (напр., государственное финансирование, частные вложения и т.д.)
- Участие – Существует ли конкретный способ привлечь местные сообщества/семьи к планированию и реализации программы

.....  
Примечание: При заполнении вопросника вы можете приложить по своему усмотрению какую-либо официальную документацию о конкретной политике, конкретном вопросе (только в случае, если таковая существует на английском языке).

2. Просим вас указать степень реализации для каждой из программ:

Название программы	Начальный этап	Частичная реализация	Завершена
<b>Название программы</b>	<b>Начальный этап</b>	<b>Частичная реализация</b>	<b>Завершена</b>

3. В случае если проводилась оценка, просим вас предоставить полученную информацию по достигнутым результатам для каждой программы.

.....  
4. Для каждой программы представьте, пожалуйста, краткое описание участия сектора здравоохранения (выполняемая роль): лидирующая роль, сотрудничество и т.д.



## РАЗДЕЛ V – ОЦЕНКА

1. В отношении дальнейшего развития мер политики и программ РДРВ в вашей стране (будь то в виде компонента всеобъемлющей политики или в виде самостоятельной политики), просим вас предоставить как можно больше соответствующих/значимых факторов по следующей схеме:

ПОЗИТИВНАЯ	НЕГАТИВНАЯ	
<b>Сильные стороны</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Напр., высокая степень осведомлённости на политическом уровне (напр., заседания парламента, комитеты, декларации и т.д.)</li><li></li></ul>	<b>Слабые стороны</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Напр., низкая степень осведомленности среди лиц, формирующих политику, и/или в обществе в целом.</li><li></li></ul>	<b>ВНУТРЕННИЕ</b>
<b>ВОЗМОЖНОСТИ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Напр., вскоре будет одобрена политика, ориентированная на охрану материнства и детства, а вопросам РДРВ планируется уделять больше внимания.</li><li>Поддержка со стороны учреждений ООН.</li><li></li></ul>	<b>Угрозы</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Напр., отсутствие квалифицированных специалистов в секторе здравоохранения (ПМСП) или в секторе образования.</li><li></li></ul>	<b>ВНЕШНИЕ</b>

2. (а) Назовите, пожалуйста, 5 различных факторов, которые, по вашему мнению, являются важнейшими для улучшения развития политики РДРВ в вашей стране.

.....

2. (b) Назовите, пожалуйста, 5 факторов, которые, по вашему мнению, являются важнейшими в совершенствовании вклада сектора здравоохранения в меры политики РДРВ в вашей стране.

.....

**Вы можете по своему усмотрению добавить любую информацию/замечание по проблематике вопросника.**

**Спасибо!**

## Государства-члены

Австрия  
Азербайджан  
Албания  
Андорра  
Армения  
Беларусь  
Бельгия  
Болгария  
Босния и Герцеговина  
Бывшая югославская  
Республика Македония  
Венгрия  
Германия  
Греция  
Грузия  
Дания  
Израиль  
Ирландия  
Исландия  
Испания  
Италия  
Казахстан  
Кипр  
Кыргызстан  
Латвия  
Литва  
Люксембург  
Мальта  
Монако  
Нидерланды  
Норвегия  
Польша  
Португалия  
Республика Молдова  
Российская Федерация  
Румыния  
Сан-Марино  
Сербия  
Словакия  
Словения  
Соединенное Королевство  
Таджикистан  
Туркменистан  
Турция  
Узбекистан  
Украина  
Финляндия  
Франция  
Хорватия  
Черногория  
Чешская Республика  
Швейцария  
Швеция  
Эстония

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Всемирная организация здравоохранения  
Европейское региональное бюро

UN City  
Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø  
Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00  
Эл. адрес: [contact@euro.who.int](mailto:contact@euro.who.int)  
Web site: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)