



ЕВРОПА

**Европейский региональный комитет
Пятьдесят седьмая сессия**

Белград, Сербия, 17–20 сентября 2007 г.

Пункт 6(с) предварительной повестки дня

EUR/RC57/8
+EUR/RC57/Conf.Doc./2
30 июня 2007 г.
73358
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

**Цели развития тысячелетия в Европейском регионе ВОЗ:
системы здравоохранения и здоровье матери и ребенка
– уроки из приобретенного опыта**

Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия (ЦРТ), направлены на борьбу с бедностью во всех ее проявлениях; в своей совокупности они представляют всесторонний подход с взаимосоиливающими компонентами, предназначенный для того, чтобы разорвать порочный круг нищеты и нездоровья. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) принимала участие в разработке ЦРТ и выразила прочную приверженность делу решения задач, поставленных в Декларации тысячелетия, принятой Генеральной Ассамблеей ООН в 2000 г.

Европейское региональное бюро ВОЗ проводит в жизнь конкретную стратегию по достижению ЦРТ в Европейском регионе ВОЗ. Улучшение состояния общественного здоровья в Регионе, включая достижение многих из ЦРТ, потребует последовательных мультисекторальных действий, направленных на все детерминанты здоровья, в условиях широкого партнерства на национальном и международном уровнях. Вместе с тем, опыт Региона показывает, что непреодолимым препятствием для достижения ЦРТ, относящихся к здоровью, является недостаточный потенциал систем здравоохранения.

Обсуждение ЦРТ в ходе пятьдесят седьмой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ позволит оценить прогресс в деле достижения этих целей в 53 государствах - членах Европейского региона, предложить стратегические направления развития мультисекторальных действий и обмена фактическими данными, а также сформулировать конкретные рекомендации по внесению необходимых корректив в проводимую политику. Особое внимание будет уделено укреплению систем здравоохранения в качестве конкретного подхода к реализации программ охраны здоровья матери и ребенка в Европейском регионе.

На рассмотрение Регионального комитета внесен проект резолюции, призывающей к наращиванию усилий по достижению ЦРТ в Европейском регионе.

Содержание

	<i>Стр.</i>
Введение	1
Перспективы достижения ЦРТ в Европейском регионе ВОЗ.....	2
Здоровье матери и ребенка – уроки из приобретенного опыта	5
Укрепление систем здравоохранения в целях улучшения здоровья матерей и детей: проводимые вмешательства и возникающие трудности	7
Предоставление услуг.....	7
Ресурсы.....	8
Финансирование	9
Руководство и управление.....	10
Заключение: дальнейший путь для Европейского региона	11
Необходимость наращивания темпов достижения Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия.....	11
Текущие и планируемые инициативы ВОЗ в области охраны здоровья матери и ребенка.....	12
Навстречу Европейской министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения, 2008 г.	13
Приложение. Современная ситуация и перспективы достижения ЦРТ в Европейском регионе ВОЗ	14
Библиография.....	18

Введение

1. Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия (ЦРТ) (1), направлены на борьбу с бедностью во всех ее проявлениях; в своей совокупности они представляют всесторонний подход с взаимоусиливающими компонентами, предназначенный для того, чтобы разорвать порочный круг нищеты и нездоровья. Декларация тысячелетия (2) была принята Генеральной Ассамблей ООН в 2000 г., и за прошедший с тех пор период Цели развития стали широко применяться в рамках Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в качестве отправных точек для мониторинга прогресса международного развития.
2. ВОЗ принимала участие в разработке ЦРТ и выразила прочную приверженность делу их достижения. Принципы, лежащие в основе деятельности ВОЗ в отношении ЦРТ, детально освещены в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2003 г.* (3). Приверженность ВОЗ к положениям Декларации тысячелетия была подтверждена на более широкой основе в резолюции WHA58.30, принятой на Пятдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2005 г.
3. В последние годы Европейское региональное бюро ВОЗ проводит в жизнь конкретную стратегию по достижению ЦРТ в Европейском регионе ВОЗ, которая направлена на решение следующих задач:
 - помогать государствам-членам сосредоточивать свои усилия на достижении ЦРТ;
 - совершенствовать методические подходы к вопросу о ЦРТ в рамках Регионального бюро и оказывать более целенаправленную поддержку странам в их достижении;
 - знакомить страны с результатами текущей оценки перспектив достижения ЦРТ, в качестве основного вклада в решение первых двух задач.
4. В основе Европейской стратегии по достижению ЦРТ лежат следующие ключевые принципы деятельности Регионального бюро:
 - работа в странах в соответствии с их конкретными потребностями;
 - укрепление систем здравоохранения;
 - целенаправленные технические вмешательства;
 - партнерство с международными и местными организациями.
5. Общепринято полагать, что улучшение состояния общественного здоровья в Регионе, включая достижение многих из ЦРТ, потребует последовательных мультисекторальных действий, направленных на все детерминанты здоровья, в условиях широкого партнерства на национальном и международном уровнях. Вместе с тем, опыт Европейского региона показывает, что непреодолимым препятствием для достижения ЦРТ, относящихся к здоровью, является низкий потенциал систем здравоохранения. Недостаточная согласованность между усилиями ВОЗ по укреплению систем здравоохранения в целом и различными стратегиями, направленными на системы здравоохранения в рамках многочисленных “вертикальных программ”, может оказывать негативное влияние на эффективность и слаженность работы ВОЗ по оказанию поддержки странам. В недавних публикациях^a на примере ряда стран Европейского союза (ЕС) была подтверждена важность систем здравоохранения для улучшения показателей здоровья как мужчин, так и женщин, достигнутого на протяжении последних 25 лет.
6. Признавая важность систем здравоохранения, ВОЗ в настоящее время придает этому аспекту более приоритетное значение в своей деятельности, о чем свидетельствуют следующие факты:
 - *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.* (5) был полностью посвящен системам здравоохранения, и эта тема получила существенное отражение в последующих аналогичных ежегодных докладах.

^a См. например, McKee and Nolte, 2004 (4).

- В стратегиях сотрудничества со странами подчеркивается необходимость изменения методов работы ВОЗ с развитием более тесных связей между вмешательствами на уровне стран и системами здравоохранения.
- Осуществляется разработка новой глобальной стратегии ВОЗ в отношении систем здравоохранения. В основе стратегии лежит тот факт, что “для большинства развивающихся стран мира характерны недопустимо низкие показатели здоровья населения... Эта проблема коренным образом обусловлена несостоятельностью систем здравоохранения, которые во многих странах просто неспособны обеспечить снабжение лекарствами и вакцинами, предоставление необходимой информации и оказание других видов медико-санитарной помощи нуждающимся, либо доступом ко всем этим услугам обладают лишь отдельные группы населения”.

7. Путем проведения в жизнь Стратегии по развитию систем здравоохранения ВОЗ планирует, совместно со Всемирным банком и при поддержке со стороны других организаций и глобальных инициатив (таких как Альянс ГАВИ и Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией), мобилизовать международные усилия на преодоление препятствий, обозначенных на Форуме высокого уровня по ЦРТ, относящихся к здоровью.

8. Государства - члены Европейского региона ВОЗ рассматривают укрепление систем здравоохранения как неотъемлемый компонент деятельности Регионального бюро на страновом уровне (б). Европейский региональный комитет ВОЗ своей недавней резолюцией EUR/RC55/R8 одобрил инициативу Регионального бюро о придании приоритетного значения системам здравоохранения во всех программах ВОЗ, осуществляемых на уровне стран.

9. Принятый подход, в основе которого лежит обширный опыт сотрудничества с государствами-членами, предполагает рассмотрение всей страновой деятельности ВОЗ через призму ключевых функций систем здравоохранения (финансирование, предоставление услуг, генерирование ресурсов и управление), сформулированных в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.* В связи с этим, Европейское региональное бюро ВОЗ предпринимает усилия по укреплению связей между программами по отдельным направлениям (например, по борьбе с туберкулезом или по охране здоровья матерей и детей) и программами по развитию систем здравоохранения. Концептуальная основа ВОЗ по развитию систем здравоохранения рекомендует планирование реформ, которые позволят привязать возможные изменения функций систем здравоохранения к решению конкретных задач на основе развития политики и тщательно продуманного процесса внедрения.

Перспективы достижения ЦРТ в Европейском регионе ВОЗ

10. В Европейском регионе уделяется большое внимание работе по достижению ЦРТ, на проведение которой отводятся значительные финансовые и кадровые ресурсы. До запланированных сроков достижения ЦРТ остается менее десяти лет, и поэтому необходимо провести “инвентаризацию” достигнутых на сегодняшний день результатов, оценить успехи и недостатки, а также постараться выявить и устранить узкие места, тормозящие процесс решения поставленных задач.

11. Если судить по средним региональным показателям, процесс достижения ЦРТ в Европейском регионе осуществляется в целом успешно.

12. Однако внимательное рассмотрение ситуации на национальном и субнациональном уровнях выявляет крайне неравномерную картину. Безусловно, имеется явная зависимость между уровнем дохода и прогрессом в достижении ЦРТ, относящихся к здоровью. Страны ЕС и Юго-Восточной Европы с более высоким уровнем дохода находятся гораздо ближе к достижению целей, чем страны СНГ со средним и низким уровнями дохода.

13. Несмотря на наблюдаемое в последнее время повышение темпов роста экономики, страны Восточной Европы и, особенно, Центральной Азии, все еще сталкиваются с трудностями в достижении многих из ЦРТ. По данным последнего Доклада о результатах глобального

мониторинга (7), Европейский регион ВОЗ уже достиг три из восьми Целей в области развития – в отношении ликвидации нищеты, решения вопросов образования и гендерных аспектов. При сохранении текущих темпов прогресса восемь стран, по-видимому, смогут достичь пять из восьми ЦРТ, четырнадцать стран – семь, и одна страна вероятно не сможет достичь ни одной цели (8).

14. Новые государства-члены ЕС либо уже достигли всех ЦРТ на национальном уровне, либо имеют хорошие шансы на достижение более 80% из них. С наибольшими трудностями, по-видимому, сталкиваются страны Балтии в отношении Цели в области развития № 6 (ЦРТ-6), относящейся к борьбе против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и других болезней. Основная причина – рост распространенности ВИЧ/СПИДа. Маловероятно, что данной Цели удастся достичь Эстонии, у Латвии и Литвы – шансы неопределенные. В отношении ЦРТ-2 (школьное образование) и ЦРТ-7 (доступ к водоснабжению) имеющихся данных недостаточно для того, чтобы оценить достигнутый прогресс. Однако весьма вероятно, что страны уже достигли цели или близки к этому (7).

15. Страны Юго-Восточной Европы (Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, Бывшая Югославская Республика Македония, Республика Молдова, Румыния, Сербия, Турция, Хорватия, Черногория) достигли чуть больше половины из ЦРТ. В Албании, Болгарии и Румынии довольно медленно осуществляется прогресс в отношении ЦРТ-6, относящейся к борьбе против ВИЧ/СПИДа и других болезней (Румыния, по-видимому, не сможет достичь этой цели). Темпы прогресса в Турции по достижению ЦРТ-3 в отношении гендерного равноправия в школьном обучении недостаточны для достижения этой цели. Неясно, смогут ли Албания и Румыния достичь ЦРТ-7 по доступу к водоснабжению (7).

16. Страны СНГ со средним уровнем дохода (Беларусь, Казахстан, Российская Федерация и Украина) вероятно смогут достичь более 50% из числа ЦРТ. При этом они наверняка не достигнут 20% из этих целей. В отношении остающихся 30% прогноз носит неопределенный характер, либо достигнутый прогресс не поддается оценке вследствие дефицита данных. Наибольшие трудности для этих стран представляют ЦРТ-6 (борьба с ВИЧ/СПИДом и другими болезнями) и ЦРТ-4 (детская смертность) (7).

17. Наиболее медленный прогресс по достижению ЦРТ отмечен в странах СНГ с низким уровнем дохода (Азербайджан, Армения, Грузия, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан и Узбекистан). Некоторые из этих стран, по всей вероятности, не смогут достичь более четырех из общего числа ЦРТ. Ни одной из стран не удастся достичь ЦРТ-6 вследствие растущего уровня ВИЧ/СПИДа и туберкулеза (7).

18. Является общепринятым мнением, что странам Западной Европы не стоит беспокоиться о ЦРТ, связанных со здоровьем, поскольку целевые показатели либо уже достигнуты, либо имеет место планомерный прогресс. В целом эти представления отражают объективную ситуацию, однако в некоторых странах наблюдаются и негативные тенденции. Так, например, в десяти стран Западной Европы по состоянию на 2000 г. отмечалось существенное отставание в достижении целевых показателей по снижению материнской смертности^b. В этих странах уровни материнской смертности в 1990 г. были уже весьма низкими по сравнению со средними показателями по Региону. Вместе с тем, в соответствии с ЦРТ-5, за период с 1990 по 2015 г. показатели материнской смертности должны быть снижены на три четверти, вне зависимости от исходного уровня. Сравнение статистики за 2000 г. с соответствующими данными за 1990 г., показало, что темпы прогресса недостаточны для того, чтобы к 2015 г. достичь необходимого снижения на три четверти. Вполне очевидно, что для стран с крайне низкими исходными уровнями материнской смертности добиться их дальнейшего снижения весьма нелегко и поэтому достижение целевых показателей к 2015 г. может оказаться нереальным. В некоторых странах с исходно низкой материнской смертностью (например, в таких как Нидерланды, Норвегия, Соединенное Королевство, Франция, Швейцария) этот показатель за период с 1990 по 2000 г. фактически вырос, что несомненно вызывает озабоченность.

^b Расчеты, произведенные автором на основании информации из Европейской базы данных “Здоровье для всех” (9).

19. В отношении ЦРТ-6 (ВИЧ/СПИД и другие болезни), при сохранении существующих уровней и тенденций, ни у одной из стран СНГ со средним или низким уровнем дохода нет достаточных шансов достичь этой цели. Из числа новых стран-членов ЕС только Румыния и Эстония не смогут решить всех предусмотренных данной целью задач: Румыния не достигнет цели в отношении туберкулеза, в то время как Эстонии не удастся достичь требуемых показателей по ВИЧ/СПИДу и туберкулезу.

Таблица 1. Прогресс в отношении семи ЦРТ в отдельных государствах - членах Европейского региона ВОЗ. (ЦРТ-8 не приведена за отсутствием данных)

	ЦРТ-1 Нищета	ЦРТ-2 Школьное обучение	ЦРТ-3 Гендерное равноправие в школах	ЦРТ-4 Детская смертность	ЦРТ-5 Материнская смертность	ЦРТ-6 ВИЧ/СПИД, малярия и другие болезни	ЦРТ-7 Доступ к водоснабжению
Новые члены ЕС							
Болгария							
Венгрия							
Латвия							
Литва							
Польша							
Румыния							
Словакия							
Словения							
Чешская Республика							
Эстония							
Юго-Восточная Европа							
Албания							
Босния и Герцеговина							
Бывшая Югославская Республика Македония							
Сербия							
Турция							
Хорватия							
Черногория							
Страны СНГ со средним уровнем дохода							
Беларусь							
Казахстан							
Российская Федерация							
Украина							
Страны СНГ с более низким уровнем дохода							
Азербайджан							
Армения							
Грузия							
Кыргызстан							
Республика Молдова							
Таджикистан							
Узбекистан							
	Нет данных		Маловероятно		Вероятно		Возможно

20. В представленной ниже таблице дана более детальная картина прогресса в достижении семи ЦРТ в отдельных странах. Подробные сведения о современной ситуации по каждой из ЦРТ приведены в Приложении 1.
21. Между странами Европейского региона имеются явные различия в отношении прогресса по достижению ЦРТ, связанных со здоровьем. Помимо межстрановых различий, существуют также значительные различия в отношении ЦРТ внутри отдельных стран, обусловленные социально-экономическими неравенствами. Даже в тех государствах-членах, где прогресс осуществляется планомерно и ЦРТ будут по всей вероятности достигнуты, имеются определенные группы населения, показатели здоровья которых улучшаются гораздо медленнее или даже ухудшаются с течением времени.
22. К сожалению, для большинства европейских стран трудно получить детализированную статистику по задачам и показателям ЦРТ, однако имеются указания на то, что материально малообеспеченные слои населения, мигранты и вынужденные переселенцы находятся в систематически неблагоприятной ситуации в отношении прогресса по достижению ЦРТ. Особенно трудно получить сведения в отношении различных этнических групп и мигрантов вследствие их нередкой маргинализации и ограниченного доступа к медицинскому обслуживанию.
23. Когда удается получить данные, они всегда демонстрируют резкие неравенства. Одна из основных причин социально-экономических неравенств в решении задач ЦРТ, связанных со здоровьем, – это ограниченный доступ к услугам медико-санитарной помощи. Имеется прямая зависимость между уровнем семейного дохода и процентом людей, не обращающихся за медицинской помощью в случае болезни. По результатам недавнего исследования в странах СНГ, в квинтиле самого низкого дохода 61% людей не обращается за медицинской помощью в случае болезни, в то время как в квинтиле самого высокого дохода этот показатель составляет лишь 33% (12).
24. Такие примеры напоминают о том, насколько важно в ходе работы по достижению ЦРТ предпринимать специальные усилия, направленные на сглаживание социальных неравенств.

Здоровье матери и ребенка – уроки из приобретенного опыта

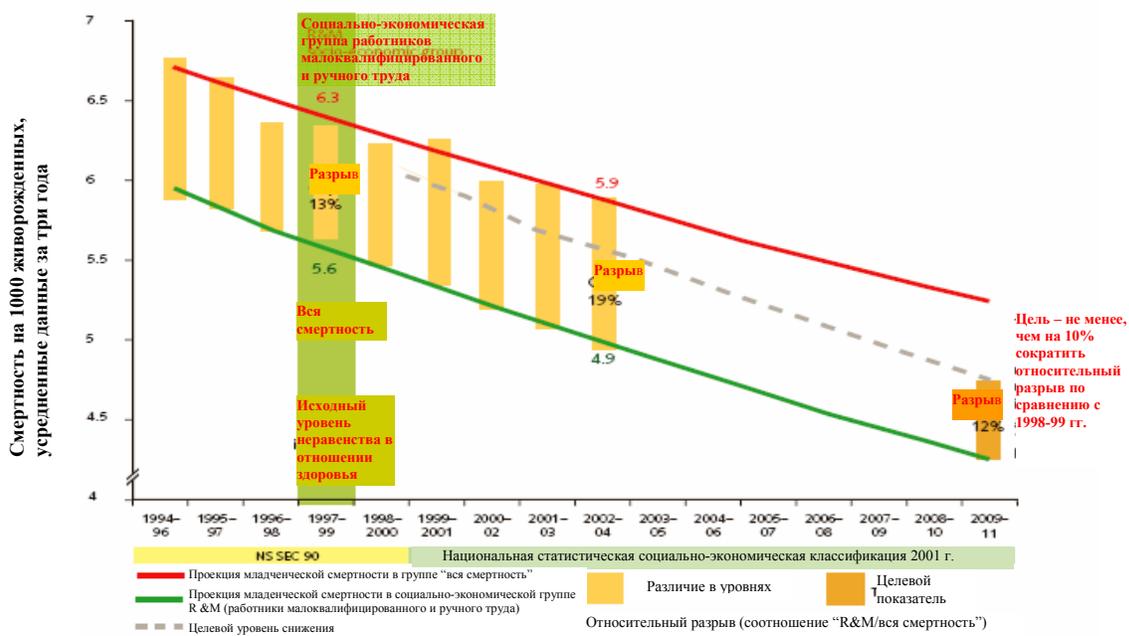
25. Все ЦРТ в той или иной мере относятся к здоровью и благосостоянию матерей и детей, особенно ЦРТ-4 (снизить на две трети детскую смертность) и ЦРТ-5 (снизить на три четверти материнскую смертность). Поэтому в данном разделе вопросы систем здравоохранения и здоровья матери и ребенка будут рассматриваться главным образом в контексте именно этих двух ЦРТ.
26. Несмотря на существенный прогресс, достигнутый в течение последних десятилетий, в Европейском регионе ВОЗ все еще отмечается недопустимый уровень различий, как между странами, так и внутри стран, по показателям материнской и детской смертности. Смертность среди детей в возрасте до 5 лет в стране с наивысшим значением данного показателя в 40 раз больше, чем в стране с самым низким значением. Для ребенка, родившегося в СНГ, вероятность умереть, не достигнув 5-летнего возраста, в три раза выше, чем у ребенка, родившегося в ЕС. Значения коэффициента материнской смертности в Центрально-Азиатских республиках все еще по меньшей мере в два раза превышают средний уровень по Региону; значительные различия сохраняются и в ЕС, несмотря на уменьшение разрыва между отдельными государствами, странами Северной Европы и другими группами стран.
27. Межстрановые различия – это лишь часть картины; резкие диспропорции в уровнях смертности отмечаются также и внутри стран. Сегодня в Европейском регионе есть группы населения и местности, где ситуация с материнской и младенческой смертностью такая же неблагоприятная, как в странах Африки к югу от Сахары или в Южной Азии. Почти повсеместно смертность среди сельского населения выше, чем в городах, показатели широко варьируют в зависимости от этнической принадлежности и уровня материальной обеспеченности, диспропорциональное бремя смертности падает на географически отдаленные районы.

28. Так, например, по данным обследования по показателям демографии и здоровья в Азербайджане, 2000 г., среди женщин, не получавших помощь квалифицированных медицинских работников во время родов, было 18% с неполным средним образованием и лишь 1% – с высшим и незаконченным высшим образованием (13).

29. В Соединенном Королевстве, несмотря на общий низкий уровень материнской смертности, среди женщин, принадлежащих к африканским этническим группам, риск смерти в семь раз выше, чем среди белых женщин. Среди городского населения уровни материнской и перинатальной смертности в бедных кварталах нередко значительно выше, чем в привилегированных пригородных зонах. Женщины из числа недавних мигрантов, беженцев и лиц, обратившихся за получением политического убежища, также не получают достаточной медико-санитарной помощи и иногда скрывают факт своей беременности от властей, в том числе и от медико-санитарных служб.

30. Аналогичным образом, было показано на примере Англии и Уэльса, что уровни младенческой смертности значительно выше в менее привилегированных социальных группах, по сравнению со средними национальными показателями, и этот разрыв увеличивается. Так, в 2002–2004 гг. среднее значение коэффициента младенческой смертности для всего населения составляло 4,9 на 1000 живорожденных, в то время как в семьях работников малоквалифицированного и ручного труда он был равен 5,9. Младенческая смертность в целом снижалась во всех социально-экономических группах, однако в группе малоквалифицированного и ручного труда это снижение происходило более медленными темпами. Разрыв в показателях смертности между группой работников малоквалифицированного и ручного труда и населением в целом в 1997 г. составлял 13%; к 2004 г. этот разрыв вырос до 19%. Показатель младенческой смертности для матерей пакистанского происхождения, проживающих в Англии и Уэльсе, составляет 10,2 на 1000 живорожденных, что вдвое выше, чем среди населения в целом. В связи с этим была поставлена национальная задача по сокращению различий в показателях младенческой смертности в Соединенном Королевстве (рис. 1).

Рисунок 1. Показатели младенческой смертности в Англии и Уэльсе за период 1994-2004 гг. с выделением конкретной социально-экономической группы и с проекцией на целевые показатели для 2010 г.



«Вся смертность относится ко всем случаям младенческой смертности в семьях с зарегистрированным браком, а также при совместной регистрации рождения ребенка вне брака, не включая категории «социальный класс не определен» за 1995 и 1999 г. Не учитывались также случаи, где в регистрации рождения участвовала только мать и при отсутствии родителей. Если отец ребенка не присутствовал при регистрации его рождения, сведения о профессии отца не регистрировались. Данные о численности живорожденных представляют собой 10-процентную выборку, кодированную по профессии отца.

31. В 1999 г., по официальным данным, уровень младенческой смертности в Румынии составлял 18,58 на 1000 живорожденных (9); однако среди этнических румын этот показатель был равен 27,1, среди этнических венгров – 19,8, а среди цыган (рома) – 72,8 (14). Подобные неравенства продолжают отмечаться и в настоящее время во многих странах Восточной Европы, причем признаки сокращения данного разрыва отсутствуют.

Укрепление систем здравоохранения в целях улучшения здоровья матерей и детей: проводимые вмешательства и возникающие трудности

32. Как видно из данных, приведенных в предыдущих разделах, в своей деятельности в течение последних лет ВОЗ стремилась подчеркивать тот факт, что оптимальная работа систем здравоохранения способна вносить весомый вклад в снижение предотвратимой младенческой и материнской смертности. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г. (15)* целенаправленно рассматривает проблему здоровья матери и ребенка под углом зрения систем здравоохранения. В соответствии с выводами доклада, для обеспечения всеобщего доступа семей к услугам всесторонней медико-санитарной помощи нужны не только взаимно состыкованные программы, но самое главное – необходимо расширение и укрепление систем здравоохранения. В докладе далее приведено заключение, что несмотря на достигнутое в последние годы во многих странах улучшение здоровья и благосостояния матерей, новорожденных и детей, минимальный прогресс в течение 1990-х годов характерен для стран с изначально наиболее тяжелым бременем смертности и нездоровья. В этом отношении также ясно видна необходимость в четко работающих системах здравоохранения. Страны, где отмечалась стагнация или регресс динамики показателей здоровья матерей, новорожденных и детей, зачастую не имели возможностей для необходимых инвестиций в свои системы здравоохранения.

33. При планировании работы по оказанию поддержки странам каждая техническая программа Регионального бюро видит свою задачу в том, чтобы помочь государствам-членам в их собственных усилиях по развитию систем здравоохранения. Ниже, на примере охраны здоровья матери и ребенка, описаны типовые вмешательства, нацеленные на различные функции систем здравоохранения.

Предоставление услуг

34. Качественное медико-санитарное обслуживание, особенно на критических этапах беременности, во время родов и в периоде раннего детства, имеет важнейшее значение для улучшения здоровья женщин и детей. Во многих странах для этой цели создаются и осуществляются специальные планы усовершенствования как индивидуального медицинского обслуживания, так и мероприятий общественного здравоохранения. Эти планы, как правило, должны отражать следующие аспекты:

- *Научно обоснованные пакеты вмешательств* и стандарты качества обслуживания в соответствии с международными рекомендациями. Эти пакеты должны включать такие виды услуг, как оказание квалифицированной медицинской помощи в ходе беременности, при родах и во время послеродового периода (помощь как матери, так и новорожденному), услуги планирования семьи, а также, там где это разрешено законом, услуги искусственного прерывания беременности и послеабортного ухода. Необходимы также вмешательства, обеспечивающие оказание помощи при наиболее распространенных детских болезнях.
- *Механизмы повышения качества* играют решающую роль в обеспечении адекватного обслуживания. Эти механизмы (необходимые проверки, системы регистрации и управления данными, оценка эффективности и т.п.) должны включать критерии для адекватного направления пациентов для оказания более специализированной помощи, принципы рационального использования лекарственных средств и инструментальных методов диагностики и лечения. Применение всех этих подходов позволит осуществлять корректировочные действия по мере возникновения необходимости.

- *Хорошо налаженная система направления пациентов для получения более специализированных услуг в целях обеспечения преемственности оказания помощи.* От 9% до 15% всех случаев беременности связаны с теми или иными осложнениями (в некоторых работах приводятся даже более высокие цифры); в таких ситуациях беременную женщину необходимо незамедлительно направить в соответствующее лечебное учреждение, персонал которого обладает адекватными навыками и где имеется необходимое оснащение. Приблизительно в 5% случаев женщинам требуется высокоспециализированная интенсивная медицинская помощь с использованием дополнительного оборудования и ресурсов. От 10% до 20% новорожденных также нуждаются в специализированной помощи, причем от 5% до 10% – в хирургическом лечении или оказании помощи на более высоком уровне системы здравоохранения. Не все лечебные учреждения смогут оказывать такую помощь, но во всех должны быть предусмотрены механизмы направления в соответствующие учреждения более высокого уровня.
- *Интеграция служб охраны здоровья матери и ребенка с другими программами первичной медико-санитарной помощи, в целях повышения эффективности.* В основе успешных реформ и создания адекватных служб оказания охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка – смещение акцента с больниц на первичное звено системы здравоохранения. Максимальное содействие прямым контактам медицинских работников с пациентами во время беременности и до ее наступления, во время родов и в период раннего детства обеспечивает более эффективное проведение мероприятий в сфере санитарного просвещения, гигиены окружающей среды, иммунизации, питания, планирования семьи, а также профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем (особенно сифилиса), ВИЧ/СПИДа и малярии.
- *Совершенствование управления деятельностью медико-санитарных служб.* Залогом квалифицированного оказания помощи является создание стимулирующей рабочей среды и адекватное управление кадровыми ресурсами, включая обеспечение благоприятных условий найма и эффективное руководство. Требуется также особое внимание к созданию мотивирующих стимулов для квалифицированных медицинских работников с целью сокращения текучести кадров. Во многих странах Региона актуален вопрос о пересмотре уровней оплаты труда. В ряде стран осуществляются специальные планы реорганизации служб оказания индивидуальной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения.

Ресурсы

35. Эффективное и устойчивое предоставление медико-санитарных услуг требует надежного ресурсного обеспечения. Одна из основных функций национальных систем здравоохранения заключается в генерировании и оптимальном использовании ресурсов, в частности с соблюдением нижеописанных условий.

- *Достаточная численность медицинских работников для оказания основных видов услуг на каждом уровне оказания медико-санитарной помощи.* Речь идет о семейных врачах, медицинских работников с акушерскими, неонатологическими и педиатрическими навыками, а также об анестезиологах, медицинских сестрах и лаборантах. Во многих странах серьезным препятствием является недостаточная численность акушерок для оказания необходимой первичной помощи на дому или в медицинском учреждении (центр родовспоможения, родильный дом, отделение или самостоятельное учреждение, возглавляемое акушеркой). Большое значение имеют также кадры экономистов, плановиков и менеджеров. В последние годы многие страны Региона обратились к решению проблем, связанных с кадровыми ресурсами.
- *Оптимальное сочетание профессиональных навыков у медицинских работников.* Многие страны переходят от госпитального оказания медицинской помощи матерям и детям к подходу, основанному на принципах первичной медико-санитарной помощи, что обуславливает необходимость адаптации кадров к работе в новых условиях. Так, в ряде стран на смену старому принципу педиатрического обслуживания на базе больниц внедряется система, при которой медицинскую помощь детям оказывают семейные врачи.

Однако во многих странах численность семейных врачей и уровень их навыков в области оказания интегрированной помощи матерям и детям все еще недостаточны, и это обстоятельство представляет собой серьезную проблему в отношении устойчивости реформированной системы здравоохранения.

- *Адекватная физическая инфраструктура.* Для обеспечения оптимального обслуживания матерей, новорожденных и детей медицинским работникам необходимы соответствующие помещения и рабочие условия. В ряде стран физическая инфраструктура нуждается в модернизации: требуется реконструкция или строительство новых зданий, улучшение планировки, электро- и водоснабжения. Адекватные инвестиции в строительство и реконструкцию зданий актуальны как для уровня первичной медико-санитарной помощи, так и в отношении больниц.
- *Постоянный доступ к необходимым медицинским технологиям.* Эффективность медико-санитарной помощи матерям и детям зависит от наличия адекватных и экономически доступных медицинских технологий. Ни первичные, ни госпитальные службы не смогут оказывать высококачественную помощь без минимального набора основных лекарственных средств, расходных материалов и оборудования.

Финансирование

36. Система, обеспечивающая преемственное оказание всесторонней медико-санитарной помощи всем женщинам и их детям, в том числе новорожденным, зависит от адекватного финансирования соответствующих служб. При отсутствии устойчивых механизмов финансирования усилия по укреплению системы здравоохранения не смогут обеспечить улучшение здоровья матерей и детей. Следует обращать особое внимание на следующие аспекты:

- *Прочная база предоплаченных услуг.* В основе всех моделей, обеспечивающих финансовую защиту семей от катастрофических расходов, лежит принцип мобилизации источников финансирования, необходимых для сведения к минимуму прямых наличных выплат в момент использования услуг. К таким источникам относятся поступления от общих и целевых налогов, вклады социального страхования, предоплата в рамках местного коммунального страхования и взносы по частным страховым договорам. Повышение охвата населения услугами качественной квалифицированной помощи потребует не только дополнительных финансовых вложений, но и, что более важно, перераспределения имеющихся ресурсов с целью осуществления экономически эффективных, научно обоснованных вмешательств, направленных на улучшение показателей здоровья матерей и новорожденных.
- *Объединение ресурсов и рисков с целью соблюдения принципа солидарности.* Для справедливого распределения финансовых и других ресурсов для оказания помощи матерям и детям среди богатых и нуждающихся слоев населения, равно как и среди жителей городов и сельской местности, необходима солидная ресурсная база. Такую базу можно создать за счет поступлений из достаточно большого числа источников, объединяемых в рамках относительно немногочисленных схем финансирования. Путем всеобщего охвата высококачественными услугами квалифицированной помощи можно предотвратить подавляющую часть случаев материнской и перинатальной смертности и еще большее число случаев заболеваемости и инвалидности в Регионе. Более эффективное управление процессом использования фондов дает возможность повысить уровень ресурсного обеспечения.
- *Стратегическое распределение ресурсов.* Качество оказания помощи матерям и детям во многом зависит от наличия эффективных механизмов распределения ресурсов, в том числе в отношении оплаты труда медиков. Системы оплаты труда работников больниц и первичного звена должны быть направлены на повышение ответственности и показателей качества работы. Однако во многих странах Европейского региона применяемые схемы оплаты труда не обеспечивают необходимого уровня материального стимулирования в правильном направлении. Новые схемы оплаты и стимулы для семейных врачей, а также внедрение подшоуевого подхода к расчетам бюджетов в здравоохранении способствуют улучшению деятельности служб охраны здоровья матери и ребенка.

- *Поиск путей повышения эффективности.* Эффективные механизмы финансирования формируются в результате кропотливой работы. Необходимо стремиться к постоянному поиску наиболее зарекомендовавших себя методов и приемов работы, а также к повышению подотчетности учреждений и структур, отвечающих за управление процессами финансирования здравоохранения. По мере накопления фактических данных, их следует использовать в целях оценки эффективности применяемых моделей для повышения уровня использования услуг и обеспечения полноценного доступа малообеспеченных слоев населения и всех других нуждающихся к услугам медицинской помощи матерям и новорожденным. Многие страны Региона реформировали или находятся в процессе реформы схем финансирования здравоохранения, включая и службы оказания помощи матерям и детям.

Руководство и управление

37. Для того чтобы добиться улучшения здоровья матерей требуется преодоление многочисленных трудностей. С одной стороны, как показывает опыт Европейского региона, представленный в данном документе, обеспечить всеобщий доступ к обслуживанию и, особенно, для малообеспеченных слоев населения, и не легко, и не дешево. С другой стороны, многие факторы, лежащие в основе низких показателей здоровья женщин и детей, находятся вне сферы непосредственного воздействия служб охраны здоровья; например, к числу таких мощных детерминант здоровья и выживания матерей и детей относится социально-экономический статус.

- *Эффективная нормативно-правовая база* играет ключевую роль в обеспечении подотчетности, необходимой для оказания высококачественной помощи всем женщинам и новорожденным как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях. Обеспечение полного и равноправного доступа к услугам в отношении репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, лечение инфекций, передаваемых половым путем, искусственное прерывание беременности (где разрешено законом), а также доступа к необходимой информации и санитарно-просветительным мероприятиям, в ряде ситуаций требует пересмотра и изменения законодательства и проводимой политики. Необходимо развивать сотрудничество между системой здравоохранения и министерствами труда и социальных вопросов в целях обеспечения возможности для женщин сочетать материнство с трудовой деятельностью. Необходимо наличие соответствующих норм, гарантирующих устойчивое снабжение лекарствами, оборудованием и материалами, отвечающими международным стандартам качества. Это снабжение должно производиться с соблюдением принципов социальной справедливости.
- *Политическая приверженность* имеет решающее значение для формирования правильных стратегических направлений. Следует обновлять (при необходимости – создавать заново) стратегические программы охраны здоровья матери и ребенка, основанные на надлежащих приоритетах. Однако высокие цифры материнской и детской смертности в некоторых странах Региона, к сожалению, свидетельствуют о том, что, несмотря на ратификацию документов ООН и ВОЗ, политическая приверженность не всегда находится на достаточном уровне и в некоторых государствах-членах отсутствует долгосрочный всесторонний подход к решению данных вопросов. Наличие адекватной политической поддержки на национальном, региональном и местном уровнях имеет важнейшее значение. Интеграция стратегических вмешательств и инициатив по всем уровням и различным секторам может способствовать обеспечению адекватной координации и мониторинга используемых нормативно-правовых механизмов поддержки.
- *Адекватная аналитическая информация.* Ключевое значение для установления приоритетов и мониторинга достижений и трудностей в деле охраны здоровья матери и ребенка имеет хорошо налаженная информационная система здравоохранения. Неполное отражение материнской и детской смертности в официальной статистике – это, к сожалению, реальность для многих стран Региона, включая и страны ЕС; в частности, по данным опубликованных работ, в таких странах, как Австрия, Соединенное Королевство, Финляндия и Франция, отмечается значительная неполнота отчетности в отношении материнской смертности (16, 17, 18). В других государствах-членах, в частности в странах

СНГ, имеет место неполная отчетность по детской смертности, что обусловлено различиями в применяемых определениях живорождения, иногда – платой, взимаемой за регистрацию рождения, что служит препятствием для менее обеспеченных семей в отношении своевременной регистрации рождения ребенка. Для реализации политики имеет также значение мониторинг показателей хода процесса, особенно отражающих уровень использования и качество услуг, а также процент родовспоможений с участием квалифицированных медицинских работников.

- *Обстановка открытости и подотчетности.* Несмотря на весьма значительное повышение уровня открытости отчетных данных в отношении здоровья матери и ребенка за последние десятилетия, проблемы все еще остаются. Приоритетное значение имеет улучшение мониторинга материнской и неонатальной смертности, особенно там, где нет полной регистрации. Необходимые подходы следует формировать в зависимости от конкретных условий в стране; среди успешно применяемых методов – разборы случаев, проводимые в медицинских учреждениях, целевые опросы среди женщин репродуктивного возраста, вербальные аутопсии, включение специальных вопросов в анкету переписи населения.

Заключение: дальнейший путь для Европейского региона

Необходимость наращивания темпов достижения Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия

38. В данном документе продемонстрирован тот факт, что достижение ЦРТ оказалось более сложной задачей, чем предполагалось изначально. В противоположность интуитивным представлениям о том, что основным (если не единственным) фактором успеха являются финансовые и другие ресурсы, даже при их наличии прогресс нередко осуществляется медленно или вообще отсутствует. Опасения, что многих из ЦРТ не удастся достичь, особенно в тех странах, где это более всего необходимо, к сожалению, не являются преувеличенными. Помешать осуществлению этого неблагоприятного прогноза сможет только резкое ускорение темпов прогресса в течение предстоящих восьми лет.

39. В суммарном виде сегодняшняя ситуация на полпути до 2015 г. – намеченного срока достижения ЦРТ – выглядит следующим образом:

- процент женщин, получивших помощь квалифицированного медицинского работника во время родов, в некоторых регионах (особенно в Азии) повысился, хотя в этих случаях речь шла об исходно низких значениях данного показателя;
- использование надкроватных сеток, обработанных инсектицидами, повысилось;
- увеличился охват услугами эффективного противотуберкулезного лечения (19).

40. Но вместе с этим:

- ни одна из развивающихся стран в настоящее время не находится в состоянии планомерного прогресса по достижению цели, касающейся снижения детской смертности;
- в отношении материнской смертности, фактические данные указывают на то, что прогресс отмечен только в странах с исходно низкими уровнями этого показателя, тогда как в странах с высокой материнской смертностью отмечаются явления стагнации или даже ухудшения (20).

41. В последнем Докладе о результатах глобального мониторинга за 2006 г. (7) приведены следующие выводы:

- в Европейском регионе в целом достигнуты хорошие результаты, если судить о прогрессе по усредненным региональным показателям, однако данные по странам и с субнациональных уровней дают весьма неравномерную картину;

- выявляется четкая зависимость между уровнем дохода стран и прогрессом по достижению ЦРТ, связанных с показателями здоровья: страны ЕС и Юго-Восточной Европы с более высоким уровнем дохода находятся гораздо ближе к достижению целей, чем страны со средним и низким уровнями дохода;
- Европейский регион ВОЗ уже достиг три из восьми Целей в области развития – по сокращению масштабов нищеты, в отношении образования и гендерных аспектов. При сохранении текущих темпов прогресса восемь стран, по-видимому, смогут достичь лишь пять из восьми ЦРТ, четырнадцать стран – семь, и одна страна вероятно не сможет достичь ни одной цели.

42. Все это, по-видимому, является результатом воздействия ряда факторов, включая следующие:

- низкий потенциал для освоения вкладываемых ресурсов на уровне стран;
- трудности в обеспечении охвата целевых групп населения.

43. Наиболее значимым обстоятельством последних лет, однако, явилось то, что до сих пор международное сообщество предпочитает использовать вертикальные подходы и осуществлять программы по борьбе с конкретными болезнями. В настоящее время имеются эффективные вмешательства по решению многих приоритетных проблем здравоохранения; их стоимость снижается, и объем финансирования увеличивается. Однако темпы прогресса по достижению поставленных целей в области здравоохранения остаются низкими. Непреодолимым препятствием для достижения ЦРТ, связанных со здоровьем, является недостаточный потенциал систем здравоохранения (21).

Текущие и планируемые инициативы ВОЗ в области охраны здоровья матери и ребенка

44. Базируясь на предшествующем опыте, Европейское региональное бюро ВОЗ разработало ряд стратегий в области охраны здоровья матери и ребенка, нацеленных на оказание помощи государствам-членам в создании собственной национальной политики и планов, а также в установлении приоритетов в отношении охраны здоровья матери и ребенка в деятельности систем здравоохранения. К таким стратегиям, помимо уже упомянутых выше документов, посвященных системам здравоохранения, относятся следующие стратегические документы:

- Европейская стратегия “Здоровье и развитие детей и подростков”, принятая в 2005 г., а также относящиеся к ней инструменты;
- Европейская и глобальная стратегии в области охраны репродуктивного здоровья, принятые, соответственно, в 2001 и 2004 г.
- проект глобальной стратегии по гендерным вопросам, утвержденный на Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2007 г., с предстоящей адаптацией для Европейского региона;
- проект стратегии, озаглавленной “Улучшение материнского и перинатального здоровья: европейский стратегический подход к обеспечению безопасной беременности”;
- стратегия по элиминации кори и краснухи, принятая Региональным комитетом в 2005 г.;
- Второй европейский план действий по политике в области пищевых продуктов и питания, в частности подчеркивающий важность грудного вскармливания;
- Декларация Четвертой конференции на уровне министров по окружающей среде и охране здоровья, состоявшейся в 2004 г.

45. Все эти стратегии предназначены для внедрения в рамках политики национальных систем здравоохранения, и перед государствами-членами стоит непростая задача – трансформировать стратегические положения в практические планы действий на различных уровнях.

46. Помимо этого, в настоящее время Региональное бюро поддерживает ряд инициатив, направленных на интеграцию систем здравоохранения и программ охраны здоровья матери и ребенка, в частности в таких странах как Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, Бывшая Югославская Республика Македония, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Румыния, Сербия, Хорватия, Черногория. Впечатляющие результаты работы по реструктурированию в данной области отмечены в Чувашской Республике, входящей в состав Российской Федерации.

47. Девять стран из числа вышеперечисленных, относящиеся к Юго-Восточной Европе (ЮВЕ), в частности, приступили к реализации совместной региональной инициативы, при поддержке правительства Норвегии и Европейского регионального бюро ВОЗ. Цель – улучшить показатели здоровья матерей и новорожденных путем осуществления целенаправленных реформ и укрепления потенциала национальных систем здравоохранения. В настоящее время страны ЮВЕ проводят углубленную оценку состояния дел в области охраны здоровья матери и ребенка, а также выявляют узкие места в системах здравоохранения в целом, для определения направлений необходимых реформ.

Навстречу Европейской министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения, 2008 г.

48. Ожидается, что описанные выше меры окажут положительное влияние на характер медико-санитарного обслуживания матерей и детей во многих странах Европейского региона. Региональное бюро убеждено, что только создание в странах соответствующих полноценных структур и учреждений позволит достичь устойчивых долгосрочных результатов. Отраслевые реформы, такие как описанные в данном документе меры улучшения обслуживания матерей и детей, несомненно имеют самостоятельное позитивное значение, однако их следует всегда рассматривать в контексте более широких реформ всей системы здравоохранения.

49. В резолюции EUR/RC55/R8, принятой на пятьдесят пятой сессии Европейского регионального комитета в сентябре 2005 г., отмечено, что Региональное бюро располагает оптимальными возможностями для анализа роли систем здравоохранения, в связи с чем Региональному директору было предложено организовать в 2008 г. Европейскую министерскую конференцию по укреплению систем здравоохранения для обсуждения вышеописанных и других актуальных вопросов. Ключевые задачи Конференции следующие:

- провести инвентаризацию новейших фактических данных об эффективных стратегиях улучшения показателей деятельности систем здравоохранения (таких как улучшение состояния здоровья населения, обеспечение социальной справедливости и финансовой защиты, отзывчивость, экономическая эффективность и качество) в условиях постоянно растущих требований повышения устойчивости и солидарности;
- обеспечить углубленный анализ влияния систем здравоохранения на состояние общественного здоровья и, следовательно, на развитие экономики в странах Европы.

50. Конференция состоится в Таллине (Эстония) в период с 25 по 27 июня 2008 г. Ей будет предшествовать ряд подготовительных совещаний, в которых примут участие представители всех государств - членов Европейского региона и партнеров ВОЗ.

Приложение

Современная ситуация и перспективы достижения ЦРТ в Европейском регионе ВОЗ

51. Страны несомненно различаются по уровню своего экономического и социального развития и по показателям здоровья населения. Поэтому не все ЦРТ в равной мере применимы к условиям любого государства - члена ООН. Однако для каждой страны, даже из числа наиболее индустриально развитых, найдется по крайней мере одна ЦРТ, процесс достижения которой будет адекватным образом отражать усилия государства по мониторингу процесса развития. Имеются и другие возможные целевые показатели, не включенные в ЦРТ, но которые могут быть весьма адекватными для использования во многих странах с высоким и средним уровнем дохода, особенно в Европейском регионе ВОЗ. Каждая страна имеет возможность мониторинга процесса своего развития по различным дополнительным целевым показателям в соответствии с местными условиями; тем не менее основные задачи, отраженные в ЦРТ, все же заслуживают особого внимания как на глобальном, так и на национальном уровнях.

52. Ниже приведены сведения о современной ситуации по каждой из ЦРТ в Европейском регионе.

53. *Цель 1: Ликвидация крайней нищеты и голода.* Масштабы нищеты резко выросли в европейских странах с низким и средним уровнем дохода (темпы роста нищеты в течение 1990-х годов были в них наиболее высокими среди всех регионов); эта проблема сохраняет актуальность даже в наиболее богатых странах. По многим странам нет полных данных, но имеющаяся ограниченная информация свидетельствует о том, что ряд стран вероятно не сможет достичь этой Цели.

54. *Цель 2: Обеспечение всеобщего начального образования.* В большинстве стран Европы все дети посещают начальную школу или предпринимаются активные усилия по достижению полного охвата. Однако в ряде стран Центральной Азии, Кавказа и Балкан отмечается стагнация и даже ухудшение показателей; этим странам предстоит проделать значительную работу по улучшению доступа к образованию и качества обучения. Эта цель, однако, не имеет прямого отношения к здоровью.

55. *Цель 3: Поощрение равенства мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин.* В большинстве стран Региона нет проблемы гендерного неравенства на уровне начального образования, однако в некоторых странах мальчики прекращают учебу раньше девочек. В целом, перспективы для достижения этой цели в Европейском регионе ВОЗ лучше, чем в других регионах. Эта цель, так же как и предыдущая, не имеет прямого отношения к здоровью.

56. *Цель 4: Сокращение детской смертности.* Смертность среди детей в возрасте до 5 лет постепенно снижается, однако в ряде стран, главным образом Центральной Азии и Кавказа, решение данной проблемы связано со значительными трудностями. В странах Восточной Европы и Центральной Азии темпы прогресса по достижению ЦРТ-4 в целом недостаточны. Несмотря на то, что средний уровень смертности детей в возрасте до 5 лет наиболее низкий среди всех развивающихся регионов, темпы снижения этого показателя от уровня 1990 г. недостаточны для достижения данной цели. Новым странам - членам ЕС будет необходимо добиться того, чтобы смертность среди детей в возрасте до 5 лет стала ниже, чем в среднем по ЕС на сегодняшний день. Большинство стран СНГ с низким и средним уровнем дохода не смогли осуществить необходимых сдвигов по снижению смертности среди детей в возрасте до 5 лет, для того чтобы иметь возможность достижения цели к 2015 г. (10).

57. Возможности получения надежных официальных данных по смертности детей в возрасте до пяти лет в странах СНГ ограничены. Имеются значительные расхождения между различными источниками. Официальная статистика обычно дает гораздо более низкие цифры смертности, по

сравнению с данными эпидемиологических обследований населения. Это безусловно влияет на точность оценки прогресса и реалистичность прогнозирования. В некоторых странах, в соответствии с официальной статистикой, уровень смертности детей в возрасте до пяти лет снижается, в то время как данные эпидемиологических обследований демонстрируют тенденции роста. Основная причина наблюдаемых несоответствий лежит в слабости информационных систем здравоохранения в этих странах. Проблема также отчасти обусловлена тем, что используемое в странах СНГ определение живорождения отличается от формулировки, принятой в ВОЗ. Во многих странах СНГ повсеместно применяется определение, способствующее занижению уровня неонатальной смертности. В некоторых странах плохо функционируют системы демографической статистики, что приводит к неполной регистрации рождений и случаев смерти. В некоторых ситуациях имеют место факторы, препятствующие тому, чтобы население обращалось за регистрацией рождений и случаев смерти в официальные органы демографической статистики (например, взимание платы за регистрацию).

58. *Цель 5: Улучшение охраны материнства.* Уровни материнской смертности отличаются крайне высокой вариабельностью. В Европейском регионе значения этого показателя колеблются от 2 на 100 000 живорожденных в Швеции до 210 – в Казахстане. Наблюдаемые тенденции указывают на то, что большинство стран Западной и Восточной Европы, а также большая часть стран СНГ со средним уровнем дохода вероятно достигнут намеченной цели. Вместе с тем, темпы прогресса в странах СНГ с низким уровнем дохода недостаточны для достижения целевого показателя к 2015 г. По данным недавно проведенных оценок, в некоторых странах СНГ с низким уровнем дохода показатели материнской смертности в настоящее время выше, чем исходные значения за 1990 г. Как и в отношении смертности детей в возрасте до пяти лет, достижение целевого показателя к 2015 г. по материнской смертности для многих стран Европейского региона означает необходимость ее уменьшения до величин, значительно ниже современных усредненных уровней в целом по ЕС. Несмотря на то, что ретроспективная динамика свидетельствует о планомерном прогрессе этих стран, остается неясным, в какой мере такие же темпы удастся поддерживать в течение следующего десятилетия. Целевых показателей ЦРТ-5 смогут достичь две трети стран.

59. Мониторинг прогресса по достижению ЦРТ-5 связан с трудностями, поскольку материнская смертность плохо поддается учету, а второй показатель – частота деторождений с участием квалифицированного медицинского персонала – дает представление лишь о доступе к адекватному акушерскому обслуживанию. Для показателей ЦРТ-5, так же, как и в отношении ЦРТ-4, является актуальной проблема несоответствия данных официальной статистики и внешних оценок.

60. *Цель 6: Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими болезнями.* ВИЧ/СПИД представляет собой серьезную угрозу для общественного здравоохранения; его распространенность в Восточной Европе и Центральной Азии за период менее 10 лет выросла в девять раз. В 1990-х годах, после 40 лет спада, в Регионе вновь возросла заболеваемость туберкулезом, и в настоящее время эта болезнь представляет собой серьезную проблему для многих стран. Более половины стран Европейского региона с низким и средним (ближе к низкому) уровнем дохода, вероятно, не смогут достичь данной Цели.

61. По сравнению с другими регионами, распространенность ВИЧ/СПИДа в Европейском регионе относительно низка. Однако в странах СНГ наблюдается резкий рост этого показателя. Эпидемия ВИЧ/СПИДа охватила эти страны сравнительно недавно и теперь распространяется в них с самой высокой в мире скоростью. Эпидемия концентрируется в основном среди лиц молодого возраста и в уязвимых группах населения. Наивысшие уровни распространенности и заболеваемости отмечены среди потребителей внутривенных наркотиков и работников секс-бизнеса. На фоне преобладающего распространения эпидемии среди потребителей инъекционных наркотиков, уровни инфицирования женщин, в том числе беременных, менее выражены. Таким образом, наиболее подходящим показателем для мониторинга динамики ВИЧ/СПИДа в Европейском регионе является распространенность случаев ВИЧ-инфекции из расчета на один миллион населения. После отмеченного в последние годы периода резкого роста заболеваемости

ВИЧ/СПИДом некоторые страны стали демонстрировать признаки снижения. Однако отсутствие надежных о цифр о динамике охвата населения ВИЧ-тестированием не позволяет с уверенностью судить о том, имеет ли место истинное снижение заболеваемости или речь идет о росте числа невыявленных случаев.

62. Другой серьезной проблемой для стран СНГ является туберкулез. Во всех странах СНГ со средним и низким уровнем дохода заболеваемость туберкулезом растет, в то время как в остальной части Европейского региона этот показатель существенно снижается. В некоторых странах СНГ за период с 1990 г. заболеваемость удвоилась. В ряде стран рост заболеваемости туберкулезом происходит параллельно с повышением числа новых случаев ВИЧ/СПИДа.

63. *Цель 7: Обеспечение экологической устойчивости.* Утвержденным инструментом мониторинга прогресса в данной области является Программа совместного мониторинга ВОЗ-ЮНИСЕФ. Водоснабжение и санитария остаются наиболее серьезными проблемами гигиены окружающей среды, несмотря на то, что по официальным данным, значительная доля населения стран имеют полный доступ к соответствующим услугам. В соответствии с имеющимися фактическими данными, наиболее острой является проблема неудовлетворительного качества воды, что представляет собой серьезную угрозу для здоровья многих людей.

64. Таким образом, доступ к безопасной воде (который с 2002 г. рассматривается ООН в качестве одного из всеобщих прав человека) не полностью обеспечен для всего населения Европейского региона ВОЗ. Он часто зависит от уровня развития, эксплуатации и управления инфраструктурой, обусловленного соображениями экономической рентабельности, и, таким образом, не обеспечивается в бедных и неблагоустроенных сельских районах. Неравный доступ остается существенной проблемой для многих субрегионов и групп населения в государствах-членах.

65. В частности, было показано, что в регионе Средиземноморья в дополнение к 130 млн. постоянного населения, проживающего вдоль побережья и пользующегося морскими ресурсами, ежегодно бывают еще 100 млн. человек в качестве посетителей. Неудовлетворительные системы санитарии – отсутствие необходимых сооружений, дефекты эксплуатации, неудовлетворительная очистка сточных вод – создают прямую угрозу для здоровья населения, а также риск загрязнения рекреационных вод и морепродуктов, выращиваемых или отлавливаемых в таких водах. По данным ВОЗ, каждый доллар, вложенный в водоснабжение и санитарию, приносит экономический эффект в размере от 3 до 34 долл. США. Поэтому инвестиции в развитие водоснабжения и санитарии являются одним из факторов, способствующих достижению ЦРТ в глобальном масштабе. Достижение целевых показателей по санитарии снизит неблагоприятное экологическое воздействие на прибрежные воды, в которые поступают отходы, что, в свою очередь, снизит уровень болезней, вызываемых загрязненной морской водой или пищевыми продуктами, получаемыми на основе аквакультур или прибрежного рыбоводства.

66. *Цель 8: Формирование глобального партнерства в целях развития.* По результатам недавних обзоров на глобальном уровне, прогресс в отношении данной ЦРТ отличается крайней неравномерностью, это заключение вполне справедливо и для Европейского региона. Довольно впечатляющей находкой оказалось то, что Европейский регион получает меньше всего официальной помощи в целях развития в сфере здравоохранения среди всех регионов мира (см. табл. ниже).

Регион	Помощь в целях развития в области здравоохранения, на душу населения	Помощь в целях развития в области здравоохранения, в % от общего объема официальной помощи в целях развития
Океания	9,98	4,7
Центральная Америка	4,22	19,8
Африка, к югу от Сахары	2,06	8,6
Южная Америка	1,64	16,5
Северная Африка	1,24	4,4
Южная Азия	0,84	16,8
Ближний Восток	0,52	3,4
Дальний Восток	0,50	7,8
Европа и Центральная Азия	0,34	1,7
<i>В СРЕДНЕМ</i>	<i>1,00</i>	<i>8,9</i>

Источник: Suhrcke M, Rechel B, Michaud C (22).

Библиография

1. Цели в области развития Декларации тысячелетия [веб-сайт]. Нью-Йорк, ООН, 2005 (<http://www.un.org/russian/goals>, по состоянию на 6 июля 2007 г.)
2. *Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций*. Утверждена резолюцией 55/2 Генеральной Ассамблеи ООН. Нью-Йорк, ООН, 2000 (<http://www.un.org/russian/documen/declarat/summitdecl.htm>, по состоянию на 6 июля 2007 г.)
3. *The world health report 2003 – Shaping the future*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf, по состоянию на 13 июня 2007 г.)
4. McKee M, Nolte E. *Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited*. London, Nuffield Trust, 2004 (<http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecommm/files/21404avoidablemortality2.pdf>, по состоянию на 13 июня 2007 г.)
5. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en/>, по состоянию на 6 июля 2007 г.)
6. *Следующий этап проводимой Европейским региональным бюро ВОЗ стратегии поддержки стран: укрепление систем здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 (документ EUR/RC55/9 Rev.1).
7. Global monitoring report 2006: Strengthening mutual accountability – Aid, trade and governance. Washington, World Bank and the International Monetary Fund, 2006 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTGLOBALMONITOR/EXTGLOBALMONITOR2006/0,,menuPK:2186472~pagePK:64218926~piPK:64218953~theSitePK:2186432.00.html>, по состоянию на 13 июня 2007 г.)
8. *The Millennium Development Goals Report 2006*. New York, United Nations, 2006 (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2006/MDGReport2006.pdf>, по состоянию на 13 июня 2007 г.)
9. Европейская база данных “Здоровье для всех” [База данных в режиме онлайн]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>, по состоянию на 14 июня 2007 г.)
10. *Millennium Development Goals. Progress and Prospects in Europe and central Asia*. Washington, World Bank, 2005 (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/ECA-MDG-full.pdf>, по состоянию на 12 июня 2007 г.)
11. *Review of the health inequalities infant mortality PSA target*. London, Department of Health, 2007 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_065544, по состоянию на 12 июня 2007 г.)
12. Shakarishvili G. *Poverty and equity in health care finance*. Budapest, Local Government and Public Reform Initiative, 2006.
13. *Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report*. Atlanta, GA and Calverton, MD, Centers for Disease Control and Prevention and ORC Macro, 2003.
14. *The Roma in Central and Eastern Europe: Avoiding the Dependency Trap. Regional Human Development Report*, Bratislava, United Nations Development Programme, 2002.

15. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г.: Не оставим без внимания каждую мать, каждого ребенка. Женева, Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>, по состоянию на 14 июня 2007 г.).
16. Bouvier-Colle M-H et al. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. *International Journal of Epidemiology*, 1991, 20:717–721.
17. Gissler M et al. Methods for identifying pregnancy-associated deaths: population-based data from Finland 1987–2000. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2004, 18(6):448–455.
18. Wildman K, Bouvier-Colle M-H. Maternal mortality as an indicator of obstetric care in Europe. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111(2): 164–169.
19. Support in combating tuberculosis in the Caucasus (Armenia, Azerbaijan, Georgia) [веб-сайт]. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, 2005 (<http://www.gtz.de/de/dokumente/en-health-mdg-project-caucasus.pdf>, по состоянию на 14 июня 2007 г.).
20. *The millennium development goals in Latin America and the Caribbean: progress, priorities and IDB support for their implementation*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 2005 (<http://www.iadb.org/iadbdocs.cfm?docnum=591088>, по состоянию на 14 июня 2007 г.).
21. Travis P et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *The Lancet*, 2004, 364:900–906 (<http://www.abtassociates.com/articles/lancet-paper.pdf>, по состоянию на 14 июня 2007 г.).
22. Suhrcke M, Rechel B, Michaud C. *Is development assistance for health to Eastern Europe too low?* Venice, WHO European Office for Investment for Health and Development, 2004.