Всемирная организация здравоохранения

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
Сто тридцать восьмая сессия **EB138/13**
Пункт 7.1 предварительной повестки дня **15 января 2016 г.**

Мониторинг достижения связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития

Доклад Секретариата

1. Целевым годом для достижения Целей тысячелетия в области развития является 2015 год. Общепризнано, что концепция Целей оказалась успешной. Они, несомненно, оказывали большее влияние и пользовались более широким общественным признанием, чем все прочие попытки постановки международных целей в области развития. За период, установленный для достижения этих целей (с 2000 по 2015 год), особенно в первое десятилетие, объем финансирования развития, в частности, в области здравоохранения, значительно возрос: с 2000 по 2013 год объем помощи на цели развития в области здравоохранения увеличился более чем в три раза, что сопровождалось значительным ростом финансирования за счет внутренних источников.

2. Успех этих целей обычно связывается с тем, что они способствовали консолидации усилий, направленных на достижение ограниченного числа целей с четко установленными сроками, которые поддаются количественной оценке и просты для понимания. Хотя поставленные в рамках этих Целей задачи подвергались критике за то, что они не учитывали многие аспекты развития (в особенности, устойчивый экономический рост и укрепление систем здравоохранения) и были ориентированы на достижение общих результатов, а не на соблюдение при этом принципа справедливости, они, тем не менее, получили широкое признание как критерий достигнутого прогресса в развивающихся странах.

3. Представляется спорным вопрос о том, насколько достигнутый за последние 15 лет значительный прогресс в показателях здоровья населения и увеличение объема ресурсов, которое сделало возможным этот прогресс, непосредственно связаны с существованием этих Целей как таковых[1]. Однако были достигнуты значительные успехи. Поставленные в рамках Целей задачи в отношении ВИЧ, туберкулеза и малярии были выполнены во всем мире. Показатели детской смертности снизились на 53%, а материнской смертности – на 44%. И хотя эти цифры ниже поставленных

[1] См., например: Kenny C, Sumner A. 2011. More money or more development: what have the MDGs achieved? CGD Working Paper 278. Washington, DC: Centre for Global Development. http://www.cgdev.org/content/publications/detail/1425806 (по состоянию на 17 декабря 2015 г.).

целевых задач снижения данных показателей на две трети и три четверти, они достойны всяческих похвал[1].

4. Трудно выделить отдельные причинные факторы, однако представляется разумным предположить, что целенаправленность усилий (и инвестиций) являлась основной движущей силой инноваций, позволяя расширять масштабы применения новых мер вмешательства, таких как антиретровирусная терапия, надкроватные сетки, обработанные инсектицидом длительного действия, комбинированная терапия на основе артемизинина, вакцины против пневмонии и диарейных заболеваний, а также новые и усовершенствованные тесты для диагностики множественных заболеваний.

5. Можно также утверждать, что при отсутствии того влияния, которое оказывали Цели тысячелетия в области развития, и без развития систем мониторинга мир не имел бы возможности следить за достигнутым прогрессом с такой степенью уверенности, которая возможна в настоящее время. Кроме того, уделение особого внимания количественной оценке побуждало политических лидеров в ряде стран принимать публичные обязательства по решению конкретных задач в таких областях, как материнская или детская смертность. Эти обязательства не только оказывают влияние на деятельность министерств здравоохранения, но также позволяют гражданскому обществу, парламентам и средствам массовой информации возлагать на провайдеров услуг здравоохранения ответственность за результаты их деятельности.

6. Выходя за рамки сектора здравоохранения, аналогичные успехи были достигнуты в отношении детерминант здоровья более общего характера. Уровень распространенности крайней нищеты, определяемой как число людей, живущих менее чем на 1,25 долл. США в день, сократился более чем в два раза. Доля людей, страдающих от недоедания, в развивающихся странах значительно уменьшилась. Показатели посещаемости начальной школы как мальчиками, так и девочками, превысили 90%, и в 2015 г. 91% населения мира пользовались улучшенными источниками питьевой воды.

7. Остается несколько задач, в отношении которых был достигнут ограниченный прогресс (например, использование служб планирования семьи и улучшенных средств санитарии), а также «незавершенная повестка дня» для выполнения работы по текущим Целям тысячелетия в области здравоохранения, связанным со здоровьем. Очевидно также, что прогресс, достигнутый разными странами и в рамках отдельных стран, носит крайне неравномерный характер. Эти нерешенные вопросы, касающиеся Целей тысячелетия в области развития, нашли свое отражение в Целях в области устойчивого развития, сформулированных в рамках Повестки дня в области устойчивого развития

[1] Более подробная информация о достигнутых успехах приводится в публикации: WHO. Health in 2015: from MDGs to SDGs. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/, по состоянию на 17 декабря 2015 г.).

на период до 2030 г.[1], и были расширены, с тем чтобы они включали новые и более амбициозные задачи, такие как прекращение эпидемий ВИЧ, туберкулеза и малярии, а также ликвидация всех предотвратимых случаев материнской и детской смертности, уделяя большее внимание соблюдению принципа справедливости.

8. В настоящем докладе содержится краткое описание текущего положения дел в отношении достижения связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития и соответствующих конкретных задач[2]. В нем также находят отражение отдельные цели и задачи и описывается текущее положение дел в области снижения уровня детской смертности за счет профилактики и лечения пневмонии, как это предусмотрено резолюцией WHA63.24 («Ускорение прогресса в достижении четвертой Цели тысячелетия в области развития для сокращения детской смертности: профилактика и лечение пневмонии», 2010 г.); профилактики и снижения уровня перинатальной и неонатальной смертности (резолюция WHA64.13 «Деятельность, направленная на снижение перинатальной и неонатальной смертности», 2011 г.); профилактики и лечения врожденных пороков (резолюция WHA63.17 «Врожденные пороки», 2010 г.); и достижения всеобщего охвата матерей, новорожденных и детей медико-санитарной помощью (резолюция WHA58.31 «Работа в направлении всеобщего охвата мероприятиями в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей», 2005 г.).

Цель 1 (Ликвидация крайней нищеты и голода), Задача 1.C: Сократить вдвое за период 1990-2015 гг. долю населения, страдающего от голода

9. В период с 1990 по 2015 год доля детей с пониженной массой тела снизилась с 25% до 14%; число детей с задержкой роста снизилось на глобальном уровне на 39%: с 254 миллионов до 156 миллионов.

Цель 4 (Сокращение детской смертности), Задача 4.A: Сократить на две трети за период 1990-2015 гг. смертность среди детей в возрасте до пяти лет

10. На глобальном уровне был достигнут существенный прогресс в деле снижения детской смертности в возрасте до пяти лет. В период с 1990 по 2015 год уровень детской смертности в возрасте до пяти лет снизился до 53%: по оценкам, с 91 случая смерти на 1000 живорождений до 43 на 1000 живорождений. Быстро ускорялись темпы снижения этого показателя на глобальном уровне: с 1,8% в год в период с 1990 по

---

[1] Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 70/1 – Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., см. http://www.un.org /en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1 (по состоянию на 17 декабря 2015 г.).

[2] Перечень соответствующих конкретных задач и статистических данных, касающихся этих задач, приводится на веб-сайте Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ: http://www.who.int/ gho/en/ и http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/ (по состоянию на 17 декабря 2015 г.). Для того чтобы получить более полную картину и ознакомиться с более полным обзором целей и задач, не упомянутых в настоящем докладе, см. доклад Организации Объединенных Наций о достижении Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, за 2015 г., по адресу: http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf (по состоянию на 17 декабря 2015 г.).

2000 год до 3,9% в год в период с 2000 по 2015 год. В 2015 г. ежедневно умирало на 19 000 детей меньше, чем в 1990 году. Несмотря на этот явный прогресс, эти результаты все же недостаточны для того, чтобы решить поставленную задачу, которая состоит в сокращении этого показателя на две трети к 2015 г. по сравнению с уровнем смертности в 1990 году.

11. Общее число случаев неонатальной смертности снизилось с 5,1 миллиона в 1990 г. до 2,7 миллиона в 2015 году. Показатели неонатальной смертности на 1000 живорождений снизились с 36 до 19 в течение того же периода, то есть на 47%. Это снижение происходит более медленными темпами по сравнению с уровнем детской смертности в целом, а доля смертности среди детей в возрасте до пяти лет, которая имеет место в неонатальный период, увеличилась с 40% в 1990 г. до 45% в 2015 году. Основными причинами смертности детей в возрасте до пяти лет являются преждевременные роды (18%), острые респираторные инфекции (16%), осложнения при родах (12%), диарея (9%), малярия (7%) и врожденные пороки развития (8%). Согласно оценкам, причиной примерно 45% всех случаев смерти среди детей в возрасте до пяти лет является недостаточное питание[1].

12. В 2014 г. глобальный охват иммунизацией от кори составил 85% среди детей в возрасте 12–23 месяца, при этом также увеличилось число стран, которые достигли высоких уровней охвата детей вакцинацией; 63% государств-членов обеспечили охват на уровне не менее 90% по сравнению всего лишь с 44% от общей численности государств-членов в 2000 году. В период с 2000 по 2015 год общее число случаев смерти детей от кори в возрасте до пяти лет снизилось, по оценкам, более чем на 75%.

13. В 2014 г. Ассамблея здравоохранения в резолюции WHA67.10 одобрила план действий по охране здоровья новорожденных, который предусматривает соответствующую «дорожную карту» стратегических действий по профилактике смертности новорожденных и который будет также способствовать снижению материнской смертности и показателя мертворождений. Впоследствии несколько стран разработали новые или усиленные национальные планы по охране здоровья новорожденных. На глобальном уровне был введен в действие координационный механизм в целях активизации деятельности в странах по реализации, мониторингу и оценке планов, а также ведению информационно-просветительской работы[2].

14. В комплексном глобальном плане действий в области профилактики пневмонии и диареи[3] и борьбы с ней основное внимание уделяется двум ведущим причинам смертности детей в возрасте до пяти лет, на которые приходится в общей сложности

---

[1] Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA Christian P, de Onis M et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet 2013;382:427–51.

[2] Более подробная информация приводится в документе A68/36, раздел H (имеется по адресу: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_36-ru.pdf, по состоянию на 18 декабря 2015 г.).

[3] UNICEF/WHO. Ending preventable deaths: Global action plan for prevention and control of pneumonia and diarrhoea. Geneva: World Health Organization; 2013, имеется по адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79200/1/9789241505239_eng.pdf?ua=1 (по состоянию на 18 декабря 2015 г.).

24% всех случаев смерти в возрасте до пяти лет[1]. После введения этого плана действий в апреле 2013 г. некоторые страны включили стратегические цели, закрепленные в этом плане, в национальные и субнациональные стратегии в области укрепления здоровья детей и в соответствующие планы осуществления. Возобновленные обязательства, призванные положить конец случаям смерти, которую можно предотвратить, к 2030 г., служат дополнительным стимулом для разработки странами детальных планов действий по борьбе с диареей и пневмонией и использования данного процесса в целях получения синергетического эффекта и обеспечения взаимодолняемости программ, связанных с охраной здоровья детей, в таких областях, как иммунизация, питание, а также водоснабжение, санитария и гигиена. Во многих странах введение в практику новых вакцин, например ротавирусной и пневмококковой, было использовано в качестве возможности для расширения программы укрепления здоровья детей, в том числе посредством информирования о необходимости обращения за медицинской помощью в случае пневмонии и диареи и лечения этих болезней, а также посредством расширения масштабов мер в области питания, безопасного водоснабжения и санитарии. В докладе о ситуации в области водоснабжения, санитарии и гигиены в учреждениях здравоохранения в мире, опубликованном в 2015 г., подчеркивается важное значение скоординированных действий для обеспечения качества помощи в учреждениях здравоохранения[2].

Цель 5 (Улучшение охраны материнства), Задача 5.A: Снизить на три четверти за период 1990-2015 гг. коэффициент материнской смертности

15. Число женщин, умирающих от осложнений в ходе беременности и родов, снизилось, по оценкам, на 44%, до 303 000, в 2015 году. Хотя это снижение значительно, оно существенно ниже поставленной задачи. Глобальные темпы снижения коэффициента материнской смертности в последнее десятилетие также ускорились – с 1,2% в 1990–2000 гг. до 3,0% в 2000–2015 годах. Снижение этого показателя было наиболее значительным в регионах Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана, где за период с 1990 по 2015 год он снизился более чем на 60%. Основными причинами материнской смертности продолжают оставаться, в частности, такие акушерские причины, как кровотечение (27%), гипертоническая болезнь беременных (14%) и сепсис (11%). Однако случаи смерти во время беременности все чаще ассоциируются с другими медицинскими состояниями. Более одного из четырех случаев смерти матерей обусловлены медицинскими состояниями, которые могут

[1] Global health estimates: deaths by cause, age and sex 2000–2012. Geneva: World Health Organization; 2015 (имеется по адресу http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html) и Liu L et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis, Lancet, 2015, 385:430-440, DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6 (http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61698-6/abstract) по состоянию на 18 декабря 2015 г.

[2] WHO, UNICEF Water, sanitation and hygiene in health care facilities: status in low- and middle-income countries and way forward. Geneva: World Health Organization; 2015, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154588/1/9789241508476_eng.pdf (по состоянию на 18 декабря 2015 г.).

приобретать более тяжелый характер в результате беременности, такими как диабет, ВИЧ-инфекция, малярия, болезни сердца и ожирение[1].

16. ВОЗ и ее партнеры разработали по итогам консультаций с государствами-членами и заинтересованными сторонами из числа государственных структур элементы концепции на период после 2015 г., призванной положить конец материнской смертности, которую можно предотвратить[2]. В этой связи было опубликовано заявление о консенсусе, которое включало соответствующие конечные результаты, задачи и цели[3]. В числе этих показателей был установлен средний целевой ориентир на глобальном уровне: коэффициент материнской смертности менее 70 случаев смерти на 100 000 живорождений к 2030 г. и отсутствие стран, в которых коэффициент материнской смертности превышал бы средний показатель на глобальном уровне более чем в два раза. Признавая наличие синергетического эффекта от использования подходов, необходимых для того, чтобы положить конец предотвратимым случаям смерти матерей и новорожденных, глобальное сообщество работает над достижением общих стратегических целей и выполнением соответствующих действий. В частности, ВОЗ осуществляет руководство предпринимаемыми во всем мире усилиями по разработке стандартов качества оказания помощи матерям и новорожденным посредством соответствующих руководящих указаний по осуществлению стратегии, а также механизма проведения оценки хода работ по снижению показателей смертности матерей и новорожденных на глобальном уровне и в отдельных странах.

Цель 5, Задача 5.B: Обеспечить к 2015 г. всеобщий доступ к охране репродуктивного здоровья

17. В целях снижения коэффициента материнской смертности и укрепления здоровья матерей женщинам необходим доступ к эффективным мерам вмешательства и высококачественной медицинской помощи в области репродуктивного здоровья. В целях расширения доступа к эффективным мерам вмешательства во многих государствах-членах осуществляются соответствующие программы. Показатель распространенности использования современных средств контрацепции среди замужних или состоящих в гражданском браке женщин в возрастной группе 15–49 лет увеличился с 48% в 1990 г. до 58% в 2015 г., в то же время 24% женщин хотели бы предотвратить или отложить беременность, но современными противозачаточными средствами не пользуются. Доля женщин, получающих дородовую помощь, отражает высокий показатель (88%), если речь идет об одном посещении врача, но снижается до неудовлетворительного уровня 64% в отношении рекомендуемого минимума, который равен четырем посещениям. В Африканском регионе (в котором наблюдается самый

---

[1] Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Global Health, 2014; 2(6):323-33.

[2] См Strategies toward ending preventable maternal mortality, http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/ (по состоянию на 18 декабря 2015 г.).

[3] WHO. Targets and strategies toward ending preventable maternal mortality: consensus statement, см: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130776/1/WHO_RHR_14.21_eng.pdf?ua=1&ua=1 (по состоянию на 18 декабря 2015 г.).

высокий показатель материнской смертности) доля родов с квалифицированной акушерской помощью в настоящее время составляет 54%, однако последние обследования показывают, что в некоторых странах эта ситуация начинает улучшаться.

18. Около 16 миллионов девушек-подростков рожают детей ежегодно. Неблагоприятные последствия подростковой беременности распространяются также на здоровье младенцев, например вследствие более высокого уровня распространенности низкой массы тела при рождении. В ответ на выпущенную в 2013 г. рекомендацию Группы независимых экспертов по оценке информации и подотчетности в области охраны здоровья женщин и детей по поводу необходимости уделять более пристальное внимание здоровью подростков и в целях выполнения резолюции WHA64.28, принятой в 2011 г., посвященной молодежи и рискам для здоровья, ВОЗ выступила на Шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения с инициативой подготовить доклад на тему «Здоровье в интересах подростков в мире»[1]. Этот доклад представляет собой онлайновый ресурс, который содержит данные о здоровье подростков по регионам и странам, содержит ссылки на все руководства ВОЗ, имеющие отношение к подросткам, по всему спектру медико-санитарных проблем и рассматривает вопрос всеобщего охвата подростков медико-санитарной помощью. Для ускорения действий, предпринимаемых в странах, Секретариат предлагает разработать глобальную систему на основе взаимосвязанных национальных планов и обеспечить согласованное использование вклада всех соответствующих заинтересованных сторон для их реализации[2].

19. ВОЗ обеспечивает нормативное руководство и оказывает поддержку странам в целях ускорения прогресса на пути к обеспечению всеобщего доступа к услугам в области репродуктивного здоровья. В качестве примеров можно привести руководящие принципы предупреждения ранней беременности и неудовлетворительных результатов в отношении репродуктивного здоровья среди подростков в развивающихся странах[3], руководящие принципы расширения

[1] WHH. Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization; 2014, имеется по адресу: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/ (по состоянию на 18 декабря 2015 г.).

[2] Как указано в документе A68/15, принятом к сведению Комитетом A на Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения на его десятом и одиннадцатом заседаниях (раздел 3) (см. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-A-B-PSR/A68_APSR11-en.pdf, по состоянию на 18 декабря 2015 г.).

[3] WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf, по состоянию на 18 декабря 2015 г.).

правозащитного подхода к программам планирования семьи[1] и программные установки по ключевым вопросам репродуктивного здоровья[2].

20. Для профилактики и лечения состояний, которые приводят к смерти матерей и новорожденных, исключительно важное значение приобретает основная медико-санитарная помощь в ходе родов и на раннем этапе после рождения. Современные и подкрепленные фактическими данными руководящие принципы для медико-санитарных работников, опубликованные ВОЗ, охватывают многие вопросы, в том числе преждевременные роды, стимуляцию родов, искусственное вызывание родов и профилактику и ведение важнейших состояний матерей, а также перинатальных и неонатальных состояний. Важные исследования в тех областях, в которых ВОЗ оказывает свою поддержку, включают: эффективное и упрощенное лечение новорожденных с подозрением на сепсис в тех случаях, когда возможности направить к специалисту не существует; эффективность современных мер вмешательства в целях снижения коэффициента смертности новорожденных; воздействие раннего грудного вскармливания на показатель смертности независимо от его эффекта на повышение показателя исключительно грудного вскармливания; применение антенатальных кортикостероидов в местах с низким и средним уровнем доходов; и использование медико-санитарных мер вмешательства в интересах матерей и новорожденных на глобальном уровне. В настоящее время проводятся исследования, которые координируются на уровне ВОЗ, по улучшению системы наблюдения в период схваток с целью обеспечения более благоприятных последствий родов, расширения масштабов медико-санитарных мероприятий (таких как применение метода «кенгуру»), организации системы медицинской помощи в случае серьезных неонатальных состояний, ведения больных пневмонией и диареей на уровне местных сообществ и лечения тяжелых и острых случаев недостаточного питания на дому.

21. В 2015 г., на четвертом и пятом годах осуществления рекомендаций Комиссии Организации Объединенных Наций по информации и подотчетности в отношении охраны здоровья женщин и детей, продолжалась работа на уровне стран по основным направлениям деятельности, при этом 17 стран перешли во второй раунд целевого финансирования. Из 75 целевых стран у 68 имеются национальные системы подотчетности, которые вводятся в действие за счет вспомогательных средств, полученных на цели поддержки работы по выполнению рекомендаций Комиссии; 55 стран провели обзоры материнской смертности на базе учреждений, а 30 стран – на базе местных сообществ; 33 страны располагают системой национальных счетов здравоохранения на протяжении, как минимум, одного года; в 21 стране гражданское общество, парламенты и средства массовой информации принимают участие в осуществлении контроля бюджета; и в 30 странах парламенты принимают

[1] Более подробную информацию по соответствующим руководящим принципам см. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/ (по состоянию на 18 декабря 2015 г.).

[2] См. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/policybriefs/en/index.html (по состоянию на 18 декабря 2015 г.).

законодательные акты в отношении женщин и детей, включая распределение бюджетных средств.

22. В этом году Комитет по содействию развитию Организации экономического сотрудничества и развития впервые использовал новый индикатор проведения политики для улучшения сбора данных по предоставлению помощи в поддержку охраны репродуктивного здоровья, а также здоровья матерей, новорожденных и детей более старшего возраста. Объем отчетности, представленной в рамках первого раунда, был небольшим, но ожидается, что использование этого индикатора позволит получить более полноценные результаты в последующих раундах.

23. Глобальный механизм финансирования, функционирующий при Всемирном банке, стал важным инструментом проведения скоординированных инвестиций в развитие систем регистрации актов гражданского состояния и статистических данных естественного движения населения, а также других приоритетных направлений деятельности, связанных с обеспечением подотчетности, в будущем. Правительство Канады предоставило 100 млн. канад. долл. на цели совершенствования систем регистрации актов гражданского состояния и статистических данных естественного движения населения через Глобальный механизм финансирования и в поддержку инициативы «Каждая женщина, каждый ребенок».

24. В сентябре 2015 г. независимая Группа экспертов по обзору опубликовала свой заключительный доклад под названием «Каждая женщина, каждый ребенок: Достижения и перспективы», представленный на параллельном мероприятии в ходе сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке. В докладе указывалось, что несмотря на достижение определенного прогресса в отношении всех десяти первоначальных рекомендаций Комиссии по информации и подотчетности, лишь немногие их были полностью выполнены, что открывает возможности для достижения прогресса в рамках следующего механизма обеспечения подотчетности, касающегося последующей Глобальной стратегии (2015-2030 гг.)[1]. Эти данные, а также рекомендации независимой Группы экспертов по обзору более детально обсуждались на совещании заинтересованных сторон по вопросам подотчетности (Женева, 16-17 ноября 2015 г.).

25. В то же время мировое сообщество с одобрением отмечает провозглашение Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций новой Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков. Эта Глобальная стратегия касается незавершенной повестки дня Целей тысячелетия в области развития в отношении женщин и детей, ставя при этом еще более амбициозную цель – обеспечение возможности для достижения женщинами, детьми и подростками наивысшего уровня здоровья. Цели этой Глобальной стратегии включают 17 задач, сформулированных в Целях в области устойчивого развития в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., которые конкретно касаются

[1] Имеется на веб-сайте: http://www.who.int/woman_child_accountability/ierg/reports/2015/en/ (по состоянию на 18 декабря 2015 г.).

здоровья женщин, детей и подростков. ВОЗ будет отслеживать прогресс в решении этих задач в будущем и предоставлять техническое содействие странам для практического осуществления данной Глобальной стратегии (см. также документ EB138/15 «Оперативный план по дальнейшему осуществлению Глобальной стратегии обеспечения здоровья женщин, детей и подростков»).

Цель 6 (Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями), Задача 6.A: Остановить к 2015 г. распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости; и задача 6.B: К 2010 г. обеспечить всеобщий доступ к лечению от ВИЧ/СПИДа для всех, кто в нем нуждается

26. В 2014 г., согласно оценкам, 2,0 миллиона человек были впервые инфицированы ВИЧ, что свидетельствует о снижении этого показателя по сравнению с 2000 г., который составлял 3,1 миллиона человек. Это снижение было достигнуто за счет самых различных профилактических мер вмешательства, включая содействие изменению форм поведения и использование медико-биологических мер.

27. К концу 2014 г. антиретровирусную терапию во всем мире прошли около 14,9 миллиона человек по сравнению с 690 000 в 2000 году. В то же время это составляет 40% от примерно 36,9 миллиона человек, живущих с ВИЧ. Однако в результате выпущенных ВОЗ в 2013 г. рекомендаций, содержащихся в сводном руководстве по использованию антиретровирусных препаратов[1], число ВИЧ-инфицированных людей, нуждающихся в лечении, сильно возросло. Таким образом, задача обеспечения всеобщего доступа к лечению в обозримом будущем станет еще более сложной. К середине 2015 г. задача охватить антиретровирусной терапией к 2015 г. 15 миллионов человек в странах с низким и средним уровнем доходов была перевыполнена.

28. Такие факторы, как снижение числа новых инфекций и расширение доступа к антиретровирусной терапии, привели к снижению показателя смертности от ВИЧ с 2,0 миллиона в 2005 г. до примерно 1,2 миллиона в 2014 году. Численность населения, живущего с ВИЧ, будет увеличиваться, поскольку число лиц, которые будут умирать по причинам, связанным со СПИДом, будет уменьшаться.

Цель 6, Задача 6.C: Остановить к 2015 г. распространение малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости

29. На глобальном уровне конкретные задачи, поставленные в отношении малярии, уже выполнены. Что касается прогресса на уровне отдельных стран, из 106 стран, в которых в 2000 г. продолжалась передача малярии, согласно оценкам, в 102 странах была выполнена задача обратить вспять тенденцию роста заболеваемости. В 2015 г. в мире было зарегистрировано около 214 миллионов случаев малярии, из которых 438 000 закончились летальным исходом. Расширение охвата населения такими

[1] ВОЗ. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/ru/, по состоянию на 18 декабря 2015 г.).

мерами, как использование надкроватных обработанных инсектицидом сеток, распыление инсектицидов остаточного действия внутри помещений, проведение тестов в целях диагностики и эффективное лечение способствовали снижению распространенности малярии на глобальном уровне на 37% в период с 2000 по 2015 год, а показателей смертности – на 60%. Однако значительные проблемы сохраняются. В 2013 г. 278 миллионов из 840 миллионов человек, подвергающихся риску передачи малярии в странах Африки к югу от Сахары, проживали в домохозяйствах, не располагающих ни одной обработанной инсектицидом сеткой; 15 миллионов из 35 миллионов беременных женщин не получали профилактического лечения; а от 56 до 69 миллионов детей с малярией не получали комбинированной терапии на основе артемизинина.

30. На глобальном уровне число новых случаев заболевания туберкулезом снижалось, в среднем, на 1,5% в год в период с 2000 по 2014 год, что указывает на выполнение задачи остановить и обратить вспять рост заболеваемости. Показатели заболеваемости также снижаются во всех регионах ВОЗ, а также в 16 из 22 стран с самым высоким бременем этой болезни. Показатели смертности от туберкулеза за период с 1990 по 2015 год снизились на 47%, а показатели распространенности за тот же период – на 42%. Показатели успешного лечения новых случаев заболевания на глобальном уровне с 2005 г. остаются на высоком уровне, около 85%, что соответствует целевому показателю, впервые установленному Ассамблеей здравоохранения в 1991 г. в резолюции WHA44.8. Бремя туберкулеза остается высоким: в 2014 г. было зарегистрировано примерно 9,6 миллиона новых случаев; число случаев смерти составляло, по оценкам, 1,5 миллиона человек, из которых 0,4 миллиона человек были ВИЧ-положительными.

31. Задача 6.C включает забытые тропические болезни, которые составляют разнообразную с медицинской точки зрения группу инфекций, вызываемых целым рядом патогенов. Число зарегистрированных случаев африканского трипаносомоза человека достигло самого низкого уровня за последние 50 лет – менее 4000 случаев в 2014 г. – в связи с чем поставлена задача добиться элиминации этой болезни как проблемы общественного здравоохранения в 2020 году. Дракункулез – число случаев которого в 2014 г. составило 126, что является историческим минимумом, – находится на грани искоренения; ВОЗ продолжает стремиться с достижению поставленной цели – положить конец передаче дракункулеза к концу 2015 года. В Чаде, Эфиопии, Мали и Южном Судане, где случаи заболевания дракункулезом все еще происходят, необходимо незамедлительно принять меры для решения этой проблемы на местах. Были разработаны и продвигаются планы по элиминации лепры к 2020 г. во всем мире как одной из проблем общественного здравоохранения. Успешно проводится работа по элиминации висцерального лейшманиоза как проблемы общественного здравоохранения к 2020 г. на Индийском субконтиненте – с момента начала осуществления программы элиминации этой болезни в 2005 г. число впервые выявленных случаев заболевания сократилось более чем на 75%. Для достижения цели элиминации лимфатического филяриоза как проблемы общественного здравоохранения к 2020 г. и прекращения распространения этой болезни с 2000 г. было выдано более 5 миллиардов единиц лекарственных средств. Из 73 стран, являющихся эндемичными по этой болезни, 39 находятся на пути к достижению цели ее элиминации. В результате

проведения кампаний профилактического лечения, более 845 миллионов человек прошли лечение в 2014 г. в связи, как минимум, с одной из этих болезней. Что касается лихорадки денге – трансмиссивной инфекции, которая получает самое быстрое распространение в мире, – то она нуждается в инновационном, эффективном и постоянном контроле за распространением переносчика этой болезни, а меры по профилактике этой болезни (включая лицензированные вакцины, которые могут быть получены в будущем) – в хорошо обеспеченных финансовыми средствами национальных программах и стратегиях и в поддержке со стороны партнеров в кругах общественного здравоохранения на глобальном уровне, с тем чтобы снизить к 2020 г. показатели заболеваемости и смертности от этой болезни.

Цель 7 (Обеспечение экологической устойчивости), Задача 7.C: К 2015 г. сократить вдвое долю людей, не имеющих постоянного доступа к безопасной питьевой воде и основным средствам санитарии

32. Работа, направленная на расширение доступа к безопасной питьевой воде и основным средствам санитарии, осуществляется в рамках выполнения Задачи 7.C. По результатам оценки, проведенной с помощью косвенного показателя доступа к улучшенным источникам питьевой воды, к 2010 г. эта задача в отношении питьевой воды была выполнена. В 2015 г. 91% населения пользовались улучшенными источниками питьевой воды по сравнению с 76% в 1990 году. Уровень охвата во всех регионах ВОЗ, кроме Африканского региона, составляет не менее 90%. Хотя достигнутый прогресс впечатляет, тем не менее, между различными регионами, между городскими и сельскими районами, а также между богатыми и бедными неравенство сохраняется. Что касается основных средств санитарии, то начиная с 1990 г. доступ к улучшенным санитарно-техническим средствам получили 2100 миллионов человек; тем не менее, в 2015 г. около 2400 миллионов человек (около одной трети от общей численности мирового населения) по-прежнему не имели такого доступа. Задача в отношении средств санитарии на глобальном уровне не была выполнена в отношении 700 миллионов человек. Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций призвал удвоить усилия для выполнения Задачи 7.C по средствам санитарии. ВОЗ оказывает поддержку в мобилизации сектора здравоохранения для разрешения кризисной ситуации в области санитарии посредством проведения массово-разъяснительной работы, оказания технической помощи и совершенствования системы глобального мониторинга.

Цель 8 (Формирование глобального партнерства в целях развития), Задача 8.E: В сотрудничестве с фармацевтическими компаниями обеспечить в развивающихся странах доступ к основным лекарственным средствам по приемлемой цене

33. Многие страны продолжают сталкиваться с проблемой нехватки лекарственных средств в государственном секторе, что вынуждает их пользоваться услугами частного сектора, цены в котором могут быть существенно выше. Результаты 26 обследований, проведенных в странах с низким и средне-низким уровнем доходов, полученные с помощью методики ВОЗ/организации «Международные действия в интересах здравоохранения», показывают, что лекарства-генерики имелись в 58%

государственных и 67% частных учреждениях здравоохранения. Цены для пациентов увеличиваются по мере повышения благосостояния страны: пациенты, приобретающие лекарственные средства в секторе общественного здравоохранения в странах с низким уровнем доходов, платят, в среднем, в два раза больше по сравнению с базовыми ценами на международном уровне, в то время как в странах со средне-низким уровнем доходов цены для пациентов превышали международные базовые цены более чем в три раза.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

34. Исполкому предлагается принять доклад к сведению.

= = =