



## **Мониторинг достижения связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития**

### **Ход работ по достижению связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития и глобальные цели здравоохранения после 2015 г.**

#### **Доклад Секретариата**

1. В ответ на просьбы, содержащиеся в резолюциях WHA63.15 и WHA63.24, в настоящем докладе кратко излагаются последние тенденции, касающиеся хода работы по достижению связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития и решению конкретных задач<sup>1</sup>. В нем также описывается ход работы по снижению детской смертности посредством профилактики и лечения пневмонии, как это предусмотрено резолюцией WHA63.24, и по снижению перинатальной и неонатальной смертности. Кроме того, в настоящем докладе содержатся комментарии по разработке глобальных целей в области здравоохранения после 2015 года.

#### **Нынешнее положение дел и тенденции**

2. В 2011 г., по прошествии более 10 лет после того, как лидеры всех стран приняли Цели тысячелетия в области развития и соответствующие задачи, был достигнут существенный прогресс в деле сокращения детской и материнской смертности, улучшения питания и снижения показателей заболеваемости и смертности в результате

---

<sup>1</sup> Соответствующие конкретные задачи: Цель 1, Задача 1.С: Сократить вдвое за период 1990-2015 гг. долю населения, страдающего от голода; Цель 4, Задача 4.А: Сократить на две трети за период 1990-2015 гг. смертность среди детей в возрасте до пяти лет; Цель 5, Задача 5.А: Снизить на три четверти за период 1990-2015 гг. коэффициент материнской смертности; и Задача 5В: Обеспечить к 2015 г. всеобщий доступ к охране репродуктивного здоровья; Цель 6, Задача 6.А: Остановить к 2015 г. распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости, Задача 6.В: К 2010 г. обеспечить всеобщий доступ к лечению от ВИЧ/СПИДа для всех, кто в нем нуждается; и Задача 6.С: Остановить к 2015 г. распространение малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости; Цель 7, Задача 7.С: Сократить вдвое к 2015 г. долю населения, не имеющего постоянного доступа к чистой питьевой воде и основным санитарно-техническим средствам; Цель 8, Задача 8.Е: В сотрудничестве с фармацевтическими компаниями обеспечить в развивающихся странах доступ к основным лекарственным средствам по приемлемой цене.

ВИЧ-инфекции, туберкулеза и малярии. Прогресс в тех странах, для которых характерны самые высокие показатели смертности, в последние годы ускорился, хотя между странами и в пределах одних и тех же стран продолжают сохраняться существенные разрывы. Нынешние тенденции создают хорошие условия для активизации коллективных действий и распространения успешных подходов в целях преодоления трудностей, вызванных многочисленными кризисами и высоким уровнем неравенства.

3. По оценкам, основной причиной смертности в 35% всех случаев смерти среди детей в возрасте до пяти лет является недостаточное питание в детском возрасте. Доля таких детей в развивающихся странах со сниженной массой тела снизилась, по оценкам, с 29% в 1990 г. до 18% в 2010 году. Этот показатель прогресса близок к тому, что требуется для решения соответствующей задачи, однако характер его распределения между регионами и в пределах регионов неодинаков.

4. Существенный прогресс в деле снижения смертности детей в возрасте до пяти лет был достигнут и на глобальном уровне. В период с 1990 по 2010 год показатель смертности в возрасте до пяти лет снизился на 35%: с расчетного показателя 88 смертей на 1000 живорождений до 57. В последнее десятилетие темпы снижения этого показателя на глобальном уровне ускорились: с 1,9% в течение 1990-2000 гг. до 2,5% в год в течение 2000-2010 годов. В Африканском регионе, на который приходится практически половина всех случаев смерти детей, ежегодные темпы снижения практически удвоились: с 1,1% до 2,6% за те же периоды. Вместе с тем, большинство стран этого Региона вряд ли смогут достичь целевого показателя, которым предусматривается сокращение к 2015 г. детской смертности на две трети по сравнению с показателями за 1990 год. На глобальном уровне 37 из 143 стран с низким и средним уровнями доходов смогут достичь этой цели к 2015 г., если они смогут сохранить те же темпы прогресса, которые наблюдались в период 2005-2010 годов.

5. В 2010 г. охват иммунизацией от кори на глобальном уровне составлял 85% среди детей в возрасте 12-23 месяца. В настоящее время высокие уровни охвата иммунизацией наблюдаются в большем количестве стран: в 2010 г. уровень охвата в 65% государственных составил, как минимум, 90%, при этом показатель охвата в половине регионов ВОЗ сохранился на уровне более 90%. В период между 2000 г. и 2008 г. число случаев смерти снизилось, по оценкам, на 78%, в результате чего это привело к сокращению детской смертности на глобальном уровне приблизительно на одну пятую.

6. Вместе с тем, до сих пор около 20% случаев смерти среди детей в возрасте до пяти лет, главным образом по причине пневмонии и диарейных болезней, можно предотвратить с помощью вакцины. В настоящее время принимаются меры по расширению медико-санитарных мероприятий борьбы с пневмонией, как это предусмотрено Ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA63.24 "Ускорение прогресса в достижении четвертой Цели тысячелетия в области развития для сокращения детской смертности: профилактика и лечение пневмонии" и в целях борьбы с диарейными болезнями. В прошлом году все большее и большее число стран в Африканском регионе, Американском регионе и Регионе Восточного Средиземноморья стали применять пневмококковые конъюгатные вакцины при поддержке Альянса ГАВИ. Многие страны воспользовались совместными

заявлениями ЮНИСЕФ и ВОЗ по клиническому ведению детей, страдающих диареей и пневмонией, в целях разработки стратегий расширения доступа к медицинской помощи с привлечением подготовленных и работающих под контролем общинных медико-санитарных работников. К 2010 г. 30 из 68 стран, в которых проводится мониторинг в рамках Инициативы "Отсчет времени до 2015 г."<sup>1</sup>, приняли стратегию ведения больных пневмонией на общинном уровне, а восемь других стран сделали шаг вперед на пути принятия этой стратегии в 2010 году.

7. Хотя сокращение материнской смертности - факт весьма примечательный (с 546 000 в 1990 г. до примерно 358 000 в 2008 г.), тем не менее, эти темпы снижения наполовину ниже тех, которые необходимы для решения Задачи 5.А: Сократить на три четверти за период 1990-2015 гг. коэффициент материнской смертности. Темпы снижения этого показателя в период 1990-2008 гг. составляли на глобальном уровне 2,3% в год, причем в Африканском регионе и Регионе Восточного Средиземноморья эти темпы были ниже (1,7% и 1,5% в год, соответственно). Более трети стран с самым высоким показателем материнской смертности в 1990 г. ( $\geq 100$  случаев материнской смерти на 100 000 живорождений) добились недостаточного или не добились никакого прогресса в этом плане. На глобальном уровне только 15 из 124 стран с низким и средним уровнями доходов с населением, как минимум, в один миллион человек смогут решить к 2015 г. Задачу 5.А только в том случае, если темпы снижения будут такими же, как и в период 2005-2010 годов.

8. Для того чтобы сократить материнскую смертность, нужен доступ к эффективным медико-санитарным мерам и высококачественной медицинской помощи. В 2009 г. 63% женщин, проживающих в развивающихся странах, в возрасте от 15 до 49 лет, которые были замужем или состояли в гражданском браке, пользовались тем или иным видом контрацепции. Доля женщин в развивающихся странах, которые получали дородовую помощь, как минимум, 1 раз в ходе беременности, составила в период 2000-2010 гг. около 80%, однако в случае рекомендуемого минимума четырех или более приемов этот показатель составляет приблизительно 50%. Доля родов в присутствии квалифицированных сотрудников, что имеет жизненно важное значение для сокращения перинатальной, неонатальной и материнской смертности, повысилась с 55% в 1990 г. до 65% в 2009 г., однако темпы прогресса в некоторых регионах необходимо ускорить, например в Африке, где охват составляет все еще менее 50%.

9. Общее число случаев неонатальной смерти снизилось с 4,4 миллиона в 1990 г. до 3,1 миллиона в 2010 году. В течение этого же периода показатели неонатальной смерти снизились с 32 на 1000 живорождений до 23 на 1000 живорождений, что представляет собой сокращение на уровне 28%. Эти темпы снижения ниже, чем в случае темпов снижения смертности детей в целом, притом что доля смертей среди детей в возрасте до пяти лет, которая приходится на неонатальный период, увеличилась с 37% в 1990 г. до 40% в 2010 году. Прогресс в снижении смертности в развивающихся регионах неодинаков: он варьируется в диапазоне от 19% в странах Африки к югу от Сахары, и Океании до 33% в

---

<sup>1</sup> *Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival* (<http://www.countdown2015mnch.org/>, по состоянию на 4 ноября 2011 г.).

южной части Азии и более 50% в северной части Африки, Латинской Америке и Карибском бассейне и в восточной части Азии. По оценкам, общее число мертворождений на глобальном уровне снизилось с 3,0 миллионов в 1995 г. до 2,6 миллиона в 2009 г., а показатель мертворождений снизился приблизительно на 15%: с 22 на 1000 рождений в 1995 г. до 19 на 1000 рождений в 2009 году.

10. Исключительно важное значение для предупреждения и лечения состояний, которые являются причиной неонатальной смертности, имеет послеродовая медицинская помощь на самом раннем этапе. ВОЗ и ее партнеры поддерживают работу по расширению возможностей медико-санитарных работников в деле профилактики и лечения важнейших болезней в течение перинатального и неонатального периода, включая визиты на дому для оказания помощи новорожденным. Кроме того, ВОЗ собирает дополнительные фактические данные о наиболее эффективных медицинских мерах вмешательства, включая упрощенные курсы лечения сепсиса у новорожденных с помощью антибиотиков.

11. Около половины населения мира подвергается риску малярии; по оценкам, в 2009 г. из 225 миллионов больных малярией умерло 781 000 человек, главным образом детей в возрасте до пяти лет. Во всех регионах наблюдается снижение бремени малярии, причем в Европейском регионе в 2009 г. впервые не было зарегистрировано ни одного случая малярии. Охват такими мероприятиями, как распространение пропитанных инсектицидом надкроватных сеток и опрыскивание помещений инсектицидами остаточного действия, существенно увеличился, но для того чтобы предотвратить повторное возникновение этой болезни и смерть людей, его необходимо поддерживать.

12. Ежегодно число новых случаев туберкулеза на глобальном уровне медленно снижается с 2006 года. В 2010 г., по оценкам, было зарегистрировано 8,8 миллиона новых случаев, из которых 13% приходилось на лиц, живущих с ВИЧ, причем 5,7 миллиона этих случаев были доведены до сведения национальными противотуберкулезными программами. В 2010 г., по оценкам, от туберкулеза умерло 1,1 миллиона ВИЧ-негативных лиц, и еще 0,35 миллиона человек умерло от ВИЧ с сопутствующей инфекцией туберкулеза. С 1990 г. смертность, обусловленная туберкулезом, снизилась всего лишь на одну треть. В 2009 г. показатель успешного излечения достиг на глобальном уровне 87% - третий год подряд, когда был превышен целевой показатель на уровне 85% (впервые установленный Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1991 г.). Все шесть регионов ВОЗ находятся в процессе достижения показателя, предусмотренного в Задаче 6.C "снижение показателей заболеваемости туберкулезом к 2015 г.". Однако туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью продолжает вызывать проблемы.

13. В общем и целом, глобальная эпидемия ВИЧ, судя по всему, стабилизируется: ежегодное число новых случаев инфекции ВИЧ устойчиво снижалось в период с 2001 по 2009 год на 25%. В 22 странах Африки к югу от Сахары в течение последнего десятилетия наблюдались аналогичные темпы снижения, однако на этот регион до сих пор приходится 68% от глобального бремени инфекции ВИЧ. По оценкам, на конец 2010 г. число лиц, живущих с ВИЧ, составляло 34 миллиона человек, что представляет некоторое повышение по сравнению с предыдущими годами; по мере расширения доступа к антиретровирусной терапии в странах с низким и средним уровнями доходов (в 2010 г. число лиц, которые

прошли лечение, в 16 раз превышает аналогичный показатель за 2003 г.) число лиц, живущих с ВИЧ, будет расти. Несмотря на то, что лечением охвачено больше людей, серьезный разрыв все же сохраняется: по оценкам, девять миллионов человек, которые имели право на лечение, не имели к нему доступа в 2010 году.

14. Забытые тропические болезни носят эндемический характер в 149 странах, в которых ими затронуто более 100 миллионов человек. Семнадцать наиболее распространенных болезней, которые в редких случаях вызывают вспышки, за исключением лихорадки денге и лейшманиоза, больше всего сказываются на беднейших, наиболее маргинальных обществах, вызывая жестокую боль, постоянную инвалидность и смерть. В последние годы страны, в которых эти болезни носили эндемический характер, расширили, в сотрудничестве с ВОЗ и ее партнерами, программы профилактического лечения за счет одновременного использования различных безопасных и высококачественных лекарственных средств, предоставленных на безвозмездной основе. В 2009 г. по линии этих программ прошли лечение 705 миллионов человек. Что касается дракункулеза, то с учетом того, что в 2010 г. показатель заболеваемости составил, по сообщениям, менее 1800 человек, он находится на грани ликвидации без использования каких бы то ни было лекарственных средств или вакцин<sup>1</sup>.

15. В настоящее время мир находится в процессе решения Задачи 7.C, которая состоит в том, чтобы к 2015 г. сократить вдвое долю населения, не имеющего постоянного доступа к чистой питьевой воде и основным санитарно-техническим средствам. В 2008 г. 84% населения в развивающихся регионах пользовались источниками питьевой воды более высокого качества. Что касается основных санитарно-технических средств, то несмотря на тот факт, что в настоящее время 1300 миллионов человек имеют доступ с 1990 г. к улучшенным санитарно-техническим средствам, тем не менее, нынешние темпы прогресса слишком низки и не позволят решить эту задачу. В 2008 г. 2600 миллионов человек не имели возможности пользоваться улучшенными санитарно-техническими средствами, причем 70% из них проживали в сельских районах. В связи с быстрым ростом городского населения число лиц, которые проживают в городских районах и не имеют доступа к улучшенным санитарно-техническим средствам, продолжает повышаться.

16. Хотя практически все страны публикуют перечень основных лекарственных средств, все же наличие таких лекарственных средств в государственных учреждениях здравоохранения зачастую оставляет желать лучшего. Обследования, проведенные более чем в 40 странах, главным образом с низким и средним уровнями доходов, обнаружили то, что средний показатель наличия отдельных лекарственных средств-генериков в медицинских учреждениях составляет всего лишь 44% в государственном секторе и 65% в частном секторе. Больше всего не хватает лекарственных средств для лечения хронических, неинфекционных болезней. Отсутствие лекарственных средств в государственном секторе вынуждает больных приобретать их в частном порядке; лекарственные препараты-генерики в частном секторе стоят в среднем на 610% выше по сравнению с международными базовыми ценами.

---

<sup>1</sup> См. документ EB130/35, раздел E.

## ГЛОБАЛЬНЫЕ ЦЕЛИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПОСЛЕ 2015 г.

17. Очевидно, что за оставшиеся всего лишь четыре года до конца 2015 г., придется проделать еще очень большой объем работы, для того чтобы достичь связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития. В то же время наш мир сталкивается с новыми проблемами, которые необходимо проанализировать на предмет того, каким образом следует измерять прогресс после 2015 года. Мнения государств-членов могли бы помочь в организации обсуждений этого вопроса.

18. **Незавершенная работа.** Отчетность по достижению Целей улучшается, однако для того, чтобы можно было полностью оценить уровень достижения поставленных целей, нужно еще некоторое время. Тем не менее, совершенно очевидно, что многим странам - прежде всего, самым бедным - придется и после 2015 г. прилагать неустанные усилия для того, чтобы достичь первоначально поставленных целей. Кроме того, поскольку разрыв в уровне доходов в странах и между странами продолжает сохраняться или даже увеличиваться, необходимо будет также сместить акцент в работе в большей степени на устранение неравенства и его последствий для здоровья. Один из способов ускорения прогресса заключается в сосредоточении внимания на конкретных областях, в которых работа по достижению этих целей не соответствует ожиданиям. Примеры решения этой проблемы включают предложенную Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций Глобальную стратегию охраны здоровья женщин и детей, рекомендации Комиссии Организации Объединенных Наций по вопросам информации и подотчетности в области охраны здоровья женщин и детей<sup>1</sup> и Политическую декларацию по ВИЧ/СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ/СПИДа<sup>2</sup>. Проблема неравенства конкретно рассматривается в Рио-де-Жанейрской политической декларации по социальным детерминантам здоровья<sup>3</sup>.

19. **Новые задачи в области здравоохранения.** Все страны сталкиваются с общими проблемами, связанными со здоровьем их населения, многие из которых выходят за рамки сектора здравоохранения. Очень быстрая и бесконтрольная урбанизация, стареющее население, притязания на скудные природные ресурсы, экономическая неопределенность, миграция и воздействие климата на основные блага, требуемые для здоровья, - чистый воздух, безопасная и в достаточном количестве питьевая вода, надежная поставка продовольственных товаров и адекватное питание и жилье. Изменения в эпидемиологической и демографической обстановке налагают постоянно усложняющееся бремя инфекционных заболеваний вместе с неинфекционными заболеваниями, психическими расстройствами, травматизмом и последствиями насилия. Таким образом в условиях, когда незавершенная работа пока еще продолжается, странам уже приходится сталкиваться с обостряющимися проблемами, обусловленными хроническими состояниями. В сентябре 2011 г. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных

---

<sup>1</sup> *Keeping promises, measuring results: Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health*. Geneva, World Health Organization, 2011.

<sup>2</sup> Резолюция 65/277.

<sup>3</sup> См. документ ЕВ130/15, Приложение.

Наций на Сессии высокого уровня по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними приняла политическую декларацию, призывающую правительства, промышленность и гражданское общество провести многосекторальную кампанию в целях снижения факторов риска важнейших неинфекционных заболеваний<sup>1</sup>. Конкретные показатели и целевые задачи по измерению прогресса находятся в процессе разработки.

20. **Новые подходы к развитию.** Концепция развития в настоящее время меняется. Цели тысячелетия в области развития оформлялись, в частности, в ходе целого ряда тематических конференций Организации Объединенных Наций в 1990-х годах, то есть в то время, когда доминирующую роль играли социальные цели. За исключением Цели 8, все они в основном касаются стран с низким уровнем доходов. Сейчас многие могут утверждать - перед лицом таких проблем, как изменение климата и воздействие продовольственного и финансового кризисов, - что эти цели необходимо пересмотреть таким образом, чтобы они отражали развитие в качестве процесса, который затрагивает *все* сообщества, и разработать такие показатели, которые можно было бы использовать для измерения всеобщего прогресса на пути к устойчивому развитию.

21. **Определение новых целей: процесс.** Обсуждение целей в области развития после 2015 г. уже началось и будет играть все более важную роль на предстоящих глобальных сессиях, в частности на Конференции Организации Объединенных Наций по устойчивому развитию "Рио+20", которая запланирована на 4-6 июня 2012 года. Дополнительные элементы процесса определения новых целей будут включать: работу над определением способов измерения глобального процесса на пути к устойчивому развитию, которая выходит за рамки таких чисто экономических показателей, как валовой внутренний продукт; растущую обеспокоенность по поводу необходимости учета проблем, связанных с ростом безработицы и обеспечением социальной защиты; и необходимость налаживания более прочных связей между экономической, социальной и природоохранной политикой (три основных компонента устойчивого развития). Роль здравоохранения в этой более широкой концепции развития должна усиливаться, а не ослабляться. В этой связи компонент здоровья должен рассматриваться в ней в качестве важного фактора, который вносит вклад в социально-экономическое развитие и защиту окружающей среды, и, что не менее важно, в качестве своего рода мерила воздействия проводимой политики во всех областях.

22. **Обучение на успешных примерах.** Процесс разработки целей на период после 2015 г., который сохранил бы ту же направленность, но с учетом необходимости решения новых задач, будет отнюдь нелегким в более сложных политических и институциональных условиях, которые сложились сегодня. В этом плане важно признать следующие параметры особенности нынешней системы Целей тысячелетия в области развития, которые способствуют их достижению: акцент на ограниченное число целей, которые созвучны с мнением политических деятелей и общественности в целом, поддающиеся измерению показатели и должным образом определенные сроки. Независимо от конкретных целей, аналогичные параметры будут нужны и в будущем, если мы хотим, чтобы этот новый комплекс целей получил такое же признание на мировом уровне.

---

<sup>1</sup> См. документ EB130/6.

**23. Роль ВОЗ.** Разработку новых целей в области здравоохранения необходимо четко увязать с процессом реформы ВОЗ. ВОЗ должна быть оснащена всем необходимым, чтобы решать новые задачи и довести до конца незавершенную работу. Цель этого доклада - стимулировать дискуссии среди государств-членов по поводу того, в какой форме и каким образом следует разработать будущие цели в области глобального здравоохранения. Общая позиция сектора здравоохранения окажет мощное влияние на дискуссии, которые неизбежно будут трудными и сложными, между представителями многих секторов. В то же время необходимо будет добиться согласованности между целями, которые будут отстаивать государства-члены в интересах мира и общими приоритетами самой Организации. Другими словами, следующий комплекс связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития должен как можно ближе соответствовать приоритетам, которые будут определены в следующей Общей программе работы.

#### **ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА**

24. Исполкому предлагается принять настоящий доклад к сведению и дать соответствующие указания.

= = =