



Мониторинг достижения связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития

Доклад Секретариата

1. В ответ на просьбу, содержащуюся в резолюциях WHA58.31, WHA63.15, WHA63.17, WHA63.24, WHA64.13 и WHA65.7, в настоящем докладе кратко излагается прогресс на пути к достижению связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития и решению конкретных задач¹. В нем также описывается ход работы по снижению детской смертности посредством профилактики и лечения пневмонии, как это предусмотрено резолюцией WHA63.24; по снижению перинатальной и неонатальной смертности (резолюция WHA64.13); по профилактике и ведению врожденных пороков (резолюция WHA63.17); и по достижению всеобщего охвата мероприятиями в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей (резолюция WHA58.31). В сопроводительном документе EВ134/17 Add.1 содержится проект плана действий по охране здоровья новорожденных.

НЫНЕШНЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ ДЕЛ И ТЕНДЕНЦИИ

2. В деле сокращения детской и материнской смертности, улучшения питания и снижения показателей заболеваемости и смертности в результате ВИЧ-инфекции, туберкулеза и малярии был достигнут существенный прогресс. Этот прогресс во многих 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 различия. Нынешние тенденции создают хорошие условия для активизации коллективных действий и распространения успешных подходов в целях преодоления трудностей, вызванных многочисленными кризисами и высоким уровнем неравенства.

¹ 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: Сократить вдвое 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.

3. По оценкам, основной причиной смертности в 45% всех случаев смерти среди детей в возрасте до пяти лет является недоедание. В период с 1990 по 2012 год доля детей с недостаточным весом в развивающихся странах снизилась с 28% до 17%. Этот показатель прогресса близок к тому, что требуется для решения поставленной задачи, однако характер его распределения варьируется между регионами и в пределах регионов. В своей резолюции WHA65.6 Ассамблея здравоохранения утвердила план осуществления деятельности в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста, который содержит новую цель: сократить во всем мире к 2025 г. количество случаев задержки роста детей на 40% по сравнению с базовым показателем 2010 года¹. В период с 1990 по 2012 год число детей с задержкой роста во всем мире уменьшилось на 37%: с 257 миллионов до 162 миллионов. Этим планом также устанавливаются дополнительные задачи по снижению синдрома истощения и анемии у матерей, профилактике избыточного веса у детей и повышению показателей грудного вскармливания.

4. На глобальном уровне был достигнут значительный прогресс в снижении смертности среди детей в возрасте до пяти лет. В период с 1990 по 2012 год смертность среди детей в возрасте до пяти лет снизилась на 47% или с 90 до 48 на 1000 живорожденных. При этом глобальные темпы этого сокращения ускорились: с 1,2% в год в период с 1990 по 1995 год до 3,9% в год в период с 2005 по 2012 год; вместе с тем этого недостаточно для решения поставленной задачи: сократить смертность к 2015 г. на две трети по сравнению с уровнем 1990 года.

5. В 2012 г. охват иммунизацией от кори детей в возрасте 12-23 месяца на глобальном уровне составлял 84%. В настоящее время число стран, которые достигли высоких уровней вакцинации, продолжает расти; в 2012 г. 66% государств-членов достигли, как минимум, охвата иммунизацией на уровне 90%. В период с 2000 по 2011 год, по оценкам, число случаев смерти от кори снизилось на 71%: с 548 300 до 157 700.

6. Новый комплексный глобальный план действий по профилактике пневмонии и диареи и борьбе с ними² открывает перед глобальным сообществом историческую возможность положить конец детским болезням, поддающимся профилактике, за счет переноса акцента в работе, в частности, на пневмонию и диарею, на которые приходится в общей сложности 26% всех случаев смерти детей в возрасте до пяти лет. Этот план был введен в действие в апреле 2013 г. параллельно с серией «*Lancet*», посвященной борьбе с пневмонией и диареей среди детей. Он в первую очередь имеет целью служить руководством для правительств стран и их партнеров. После его введения в действие ЮНИСЕФ, ВОЗ и Агентство Соединенных Штатов по международному развитию издали коммюнике, которое было направлено в страновые бюро и программы. В этом коммюнике содержится призыв наладить тесное сотрудничество со всеми партнерами, используя в этих целях в полном масштабе

¹ Документ WHA65/2012/REC/1, Приложение 2.

² ЮНИСЕФ/ВОЗ. Положить конец случаям смерти, которую можно предотвратить: Глобальный план действий по профилактике пневмонии и диареи и борьбе с ними. Женева: WHO Press; 2013 год.

возможности, в связи с реализацией соответствующих национальных мероприятий и инициатив по внедрению в практику новых вакцин, таких как «Все силы на то, чтобы помочь детям выжить: возобновленное обязательство» и Инициатива Комиссии Организации Объединенных Наций по товарам, спасающим жизнь женщин и детей. В настоящее время разрабатываются и распространяются соответствующие методики и руководящие принципы в целях оказания поддержки в реализации комплексных подходов и решения проблем с поставками ключевых товаров (например, препаратов цинка)¹. ВОЗ обновляет технические и программные инструкции по ведению пневмонии. Партнеры оказывают поддержку в применении предусмотренных планом стратегических подходов с помощью новаторских и комплексных способов проведения вакцинации, обеспечения питанием, ведения больных и проведения мероприятий по водоснабжению и санитарии на окружном уровне. Например, в Нигерии проводится рыночное исследование в целях оценки и поиска способов повышения спроса; оказывается поддержка по увеличению спроса и предложения солей для пероральной регидратации, препаратов цинка и амоксициллина в Демократической Республике Конго, Эфиопии, Индии, Кении, Нигерии и Объединенной Республике Танзания с помощью соответствующих способов, в том числе по линии государственно-частных партнерств.

7. Быстро возрастает число стран в регионах Африки, Америки и Восточного Средиземноморья, которые ввели в действие в последние годы пневмококковые конъюгатные вакцины при поддержке со стороны Альянса ГАВИ. Использование новых вакцин (пневмококковой и ротавирусной) открыло возможности для введения в практику и осуществления согласованных мероприятий по борьбе с пневмонией и диареей. Многие страны воспользовались совместными заявлениями ЮНИСЕФ и ВОЗ по клиническому ведению детей, страдающих диареей и пневмонией, в качестве основы для разработки политики и расширения доступа к медицинской помощи с привлечением подготовленных общинных работников, действующих под соответствующим контролем. К концу 2012 г. 39 из 75 стран, в которых проводится мониторинг в рамках инициативы «Отсчет времени до 2015 г.»², приняли политику ведения больных пневмонией на уровне общины, а 8 других стран сделали еще один шаг вперед на пути к принятию и осуществлению этой политики.

8. Весьма примечателен тот факт, что в период с 1990 по 2010 год уровень материнской смертности снизился: с 543 000 до примерно 287 000; тем не менее для решения Задачи 5.А эти темпы снижения необходимо увеличить практически в два раза. Темпы снижения показателя материнской смертности за период с 1990 по 2015 год составили на глобальном уровне 3,1% в год, причем в регионах Америки и Восточного Средиземноморья эти темпы были самыми низкими (2,5% и 2,6% в год, соответственно). Приблизительно 25% стран с самым высоким показателем материнской смертности в 1990 г. (100 случаев материнской смертности или более на 100 000 живорожденных) добились недостаточного или не добились никакого

¹ См. <http://www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities>.

² Countdown to 2015: Maternal, Newborn & Child Survival, см. <http://www.countdown2015mnch.org/> (по состоянию на 29 октября 2013 г.).

прогресса в этом плане. Вместе с тем, принятие странами системного подхода к эпиднадзору за материнской смертностью и ответным мерам, согласно рекомендации Комиссии по информации и подотчетности в отношении здоровья женщин и детей, могло бы способствовать более точной оценке случаев материнской смертности¹.

9. Для того чтобы сократить число случаев материнской смертности, женщинам необходим доступ к эффективным медико-санитарным мерам и высококачественной медицинской помощи в области репродуктивного здоровья. Недавно проведенные исследования причин материнской смертности позволили получить более качественную информацию по биомедицинским и социальным детерминантам этого явления. Во многих государствах-членах были осуществлены программы по устранению или снижению препятствий на пути к получению доступа к эффективным медико-санитарным мерам. В 2012 г. 63,7% женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые были замужем или состояли в гражданском браке, пользовались тем или иным средством контрацепции, а 12% хотели остановить или отложить деторождение, но никакими средствами контрацепции не пользовались. Доля женщин, которые получали родовую помощь, как минимум, один раз во время беременности, составила в период 2005-2012 гг. около 81%, однако в случае рекомендуемого минимума четырех или более посещений этот показатель составляет приблизительно 55%. Более активное обращение в медицинские учреждения оказало положительное воздействие в плане увеличения доли родов в присутствии квалифицированных сотрудников, что имеет жизненно важное значение для снижения перинатальной, неонатальной и материнской смертности, которая составляла более 90% в трех из шести регионов ВОЗ, притом что средний показатель на глобальном уровне составил в 2012 г. 70%. В этой области нужны улучшения, например в Африканском регионе, где охват составляет все еще менее 50%.

10. Ежегодно около 16 миллионов девушек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет становятся матерями. Доля детей, рожденных девушками-подростками, составляет около 11% от общего числа деторождений в мире, причем 95% в развивающихся странах. В странах с низким и средним уровнем доходов осложнение при беременности и родах является одной из основных причин смертности среди девушек в возрасте 15-19 лет. В 2008 г., по оценкам, было 3 миллиона небезопасных абортов среди девушек-подростков этой возрастной группы. Неблагоприятные последствия деторождения в подростковом возрасте также влияют на здоровье новорожденных. Показатель перинатальной смертности среди детей, рожденных женщинами в возрасте до 20 лет, на 50% выше аналогичного показателя у женщин в возрасте от 20 до 29 лет. Показатели рождения ребенка с низкой массой тела выше среди детей, рожденных девушками-подростками, что повышает вероятность возникновения у этих детей в будущем долгосрочных проблем со здоровьем. В 2011 г. ВОЗ опубликовала руководящие принципы, касающиеся предупреждения ранней беременности и низких показателей репродуктивного здоровья среди подростков в развивающихся странах, и

¹ См. рекомендации в документе «Keeping promises, measuring results» по адресу: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/en/ (по состоянию на 17 октября 2013 г.).

оказывает поддержку странам по включению соответствующих мер в национальные стратегии и планы действий.

11. Секретариат оказывает странам помощь в работе по введению в практику мер, которые имеют исключительно важное значение для ускорения прогресса на пути к достижению всеобщего доступа к услугам в области репродуктивного здоровья. В качестве вклада в выполнение обязательств, объявленных на Лондонском саммите по планированию семьи в 2012 г., ВОЗ подготовила программные инструкции по стратегиям, касающимся: оптимизации кадровых ресурсов здравоохранения для объективных служб планирования семьи; более широкого использования постоянных методов контрацепции длительного действия; расширения доступа к службам для подростков; и укрепления ответных мер на эту проблему со стороны системы здравоохранения¹. Другие обязательства ВОЗ включают: расширение выбора и увеличение количества различных методов контрацепции, созданных по результатам исследований и разработок; и повышение доступности качественных контрацептивных товаров за счет предварительной квалификации препаратов и механизмов быстрого отслеживания.

12. Общее число случаев неонатальной смертности снизилось с 4,6 миллиона в 1990 г. до 2,9 миллиона в 2012 году. В течение этого же периода показатели неонатальной смертности снизились с 33 на 1000 живорожденных до 21 на 1000 живорожденных, что представляет собой сокращение на 37%. Эти темпы снижения ниже, чем в случае темпов снижения смертности детей в целом, притом что уровень смертности среди детей в возрасте до пяти лет, который относится к неонатальному периоду, увеличился с 37% в 1990 г. до 44% в 2012 году. Преждевременное рождение является основной причиной смертности новорожденных и второй основной причиной смертности детей в возрасте до пяти лет. ВОЗ и ее партнеры опубликовали первый глобальный доклад по преждевременным родам², в котором изложены научно обоснованные решения по спасению недоношенных детей и снижению высоких показателей смертности и инвалидности. По оценкам, общее число мертворождений на глобальном уровне снизилось с 3,0 миллиона в 1995 г. до 2,6 миллиона в 2009 г., а показатель мертворождений снизился приблизительно на 15%: с 22 на 1000 живорожденных в 1995 г. до 19 на 1000 живорожденных в 2009 году.

13. Исключительно важное значение для предупреждения и лечения состояний, которые являются причиной материнской и неонатальной смертности, имеет первичная медицинская помощь во время родов и послеродовая медицинская помощь на самом раннем этапе. ВОЗ обновляет руководства для медико-санитарных работников по вопросам профилактики или лечения основных болезней матерей и детей перинатального и неонатального периода, включая применение антенатальных кортикостероидов в случае преждевременных родов, поддержку раннего и исключительно грудного вскармливания, применение метода «кенгуру», а также

¹ См. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/policybriefs/en/index.html (по состоянию на 17 октября 2013 г.).

² *Born too soon: the global action report on preterm birth*, Geneva: World Health Organization; 2012.

осмотры на дому для оказания помощи матерям и новорожденным. ВОЗ обновила руководящие принципы по послеродовой помощи с целью свести до минимума продолжительность пребывания в соответствующем медицинском учреждении после родов, а также содержание, число и график контактов в целях оказания послеродовой помощи, согласовав действующие рекомендации в интересах матери и ребенка. Кроме того, ВОЗ начинает разработку упрощенных схем лечения сепсиса у новорожденных с помощью антибиотиков на основе недавно завершенных исследований.

14. ВОЗ сотрудничает со своими партнерами в деле разработки документа «Каждый новорожденный – план действий с целью положить конец случаям смерти, которые можно предотвратить»¹, в качестве международной ответной меры на безотлагательную необходимость ускорить темпы снижения неонатальной смертности в течение последних 1000 дней до наступления крайнего срока достижения Целей тысячелетия в области развития и на последующий период. Этот план был разработан на основе широкого процесса консультаций с государствами-членами и международными «зонтичными» организациями ассоциаций профессиональных работников здравоохранения. Региональный комитет для стран Западной части Тихого океана принял к сведению на своей шестьдесят четвертой сессии (Манила, 21-25 октября 2013 г.) план действий в интересах укрепления здоровья новорожденных в Западной части Тихого океана (2014-2020 гг.)², который был разработан ВОЗ и ЮНИСЕФ.

15. В порядке выполнения резолюции WHA63.17 ВОЗ опубликовала бюллетень по врожденным аномалиям и включила в свой веб-сайт тему по этому вопросу. Она подготовила соответствующее пособие и создала потенциал по эпиднадзору за этими состояниями в штаб-квартире и в регионах в сотрудничестве с международными партнерами. ВОЗ обновила критические значения концентрации фолата сыворотки и фолата эритроцитов в связи с нарушениями развития нервной трубки у женщин репродуктивного возраста и организовала мероприятия по повышению осведомленности общественности о врожденной спинно-мозговой грыже и гидроцефалии. Секретариат оказывает поддержку в проведении эпиднадзора за токсичностью антиретровирусных препаратов в ходе беременности и грудного вскармливания. ВОЗ продолжает участвовать в реализации Инициативы по борьбе против кори и краснухи, которая осуществляется на совместной основе с ЮНИСЕФ, Фондом Организации Объединенных Наций, Американским Красным Крестом и Центрами по контролю и профилактике заболеваний в Соединенных Штатах Америки. Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии принимает исключительно активное участие в работе по документальному подтверждению и созданию потенциала в деле профилактики и выявления врожденных аномалий. Региональное бюро для стран Америки продолжает свою работу вместе с ЮНИСЕФ и другими партнерами по реализации Региональной инициативы в целях ликвидации передачи ВИЧ от матери ребенку и врожденного сифилиса в Латинской Америке и Карибском бассейне.

¹ План действий содержится в документе EB134/17 Add.1.

² Документ WPR/RC64/9.

16. ВОЗ, в сотрудничестве с Управлением Верховного комиссара по правам человека, ЮНИСЕФ и Партнерством в интересах охраны здоровья матерей, новорожденных и детей и с другими партнерами, играет ключевую роль в дальнейшей увязке и укреплении правозащитного подхода в целях улучшения здоровья женщин и детей. ВОЗ оказала поддержку Комитету по правам человека в подготовке им замечания общего порядка по праву детей на здоровье и Совету Организации Объединенных Наций по правам человека в подготовке технического руководства по применению правозащитного подхода к проблеме искоренения случаев смерти и заболеваемости матерей, которые можно предотвратить. По просьбе Совета ВОЗ подготовила доклад о смертности детей в возрасте до пяти лет в качестве одной из проблем прав человека, в результате чего Совет принял соответствующую резолюцию, касающуюся смертности детей в возрасте до пяти лет, и выступил с призывом подготовить техническое руководство по применению правозащитного подхода к сокращению случаев смертности и заболеваемости детей в возрасте до пяти, которые можно предотвратить. В мае 2013 г. ВОЗ положила начало работе по подготовке монографии, содержащей фактологические данные о воздействии правозащитного подхода на здоровье женщин и детей, показав, что применение такого подхода облегчает работу правительств по соблюдению взятых ими на себя непреложных национальных и международных обязательств и способствует укреплению здоровья женщин и детей.

17. Группа независимых экспертов по оценке информации и подотчетности в области охраны здоровья женщин и детей опубликовала свой второй доклад в сентябре 2013 г., который был представлен Генеральным директором Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций в ходе шестьдесят седьмой сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. Основные рекомендации, содержащиеся в докладе, включают следующее. Министры здравоохранения со своими партнерами должны (1) определить приоритетность и провести оценку страновых, инклюзивных, прозрачных и совместных национальных механизмов наблюдения в целях укрепления охраны здоровья женщин и детей; (2) выступать за создание независимого механизма отчетности по мониторингу, обзору и постоянному улучшению работы по реализации программы устойчивого развития на период после 2015 г.; (3) включить подростковый показатель во все механизмы мониторинга за состоянием здоровья женщин и детей и привлекать на конструктивной основе молодежь в работу всех директивных органов, имеющих отношение к проблематике женщин и детей; (4) придавать приоритетное значение качеству медицинской помощи в целях укрепления значимости правозащитного подхода в работе по охране здоровья женщин и детей; (5) расширять и укреплять трудовые ресурсы сектора здравоохранения в целях оказания женщинам и детям соответствующих услуг, воздействие которых можно измерить, особенно в странах Африки к югу от Сахары; и (6) положить начало новому движению в порядке повышения качества данных, с целью придать всеобщим и эффективным статистическим системам регистрации актов гражданского состояния и естественного движения населения четкий статус соответствующей задачи в области развития на период после 2015 года.

18. Глобальная система инвестиций на цели охраны здоровья женщин и детей, разработанная во исполнение рекомендации Группы независимых экспертов по оценке,

содержащейся в ее первом докладе (2012 г.)¹, находится на стадии завершения. Эта система позволяет анализировать издержки, воздействие и экономическую отдачу от 50 медико-санитарных мероприятий, которые, как известно, непосредственно укрепляют здоровье женщин и детей. Она свидетельствует о необходимости дополнительного инвестирования в целях предотвращения смертности матерей, новорожденных и детей. Второй год выполнения рекомендаций Комиссии по информации и подотчетности свидетельствует о смещении акцента в сторону работы на уровне стран. Из 75 целевых стран 66 завершили работу над национальными системами подотчетности и дорожными картами, а 49 получили каталитическое финансирование на цели поддержки национальных систем подотчетности. Повышается уровень политической поддержки в целях укрепления статистических систем регистрации актов гражданского состояния и естественного движения населения, в результате чего 40 стран завершили оценку, позволяющую определить направления работы по улучшению своих систем. Пятьдесят три страны проводят регулярные национальные обзоры работы сектора здравоохранения, что позволяет еще больше привлечь к совместной работе многочисленных партнеров, в том числе партнеров из гражданского общества. В 27 странах есть свои национальные стратегии в области электронного здравоохранения, в которых в большинстве случаев сделан акцент на укрепление репродуктивного здоровья и на охрану здоровья матерей, новорожденных и детей. Более 20 стран отслеживают ресурсы посредством применения согласованного подхода на основе методологии, принятой в системе методологии, счетов сектора здравоохранения. Сорок стран подписали договор или равноценное соглашение с партнерами по процессу развития. Многие страны укрепили системы медико-санитарной информации и используют большинство из 11 показателей, рекомендованных Комиссией по информации и подотчетности. Такие партнеры, как Европейский союз, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Альянс ГАВИ и Чрезвычайный план Президента Соединенных Штатов Америки по борьбе с ВИЧ/СПИДом, все больше и больше вкладывают средства непосредственно в создание национального потенциала по мониторингу и обзору результатов, включая укрепление потенциала систем медико-санитарной информации, качества данных и аналитического потенциала в целях укрепления работы по анализу ситуации в области здравоохранения и диалога по вопросам политики.

19. Около половины мирового населения подвергается риску малярии. По оценкам, на 219 миллионов случаев заболевания малярией в 2010 г. приходилось 660 000 случаев смерти. Благодаря беспрецедентному расширению мер по профилактике и контролю за малярией показатели распространенности в период с 2000 по 2010 год снизились, по оценкам, на глобальном уровне на 17%, а показатели смертности – на 26%. Опять же по оценкам, в период с 2000 по 2010 г. была спасена жизнь 1,1 миллиона человек – главным образом в странах с высоким бременем этой болезни – а 50 стран находятся на этапе снижения своих показателей распространенности малярии до 2015 г. более чем на 75%, что соответствует задаче, поставленной Ассамблеей здравоохранения в

¹ Каждая женщина и каждый ребенок: от обязательств к действиям: первый доклад Группы независимых экспертов по оценке (НГЭО) по информации и подотчетности в целях охраны здоровья женщин и детей. Женева; Всемирная организация здравоохранения, 2012 год.

резолюции WHA58.2. Вместе с тем 42 страны в мире не располагают достаточными данными, которые позволяли бы отслеживать прогресс, что свидетельствует о необходимости активизации усилий по улучшению системы диагностики малярии и эпиднадзора. Оценки, имеющиеся за 2010 г., показывают, что около 80% случаев заболевания малярией имеют место в 17 странах, а 80% случаев смерти от малярии – только в 14 странах. Охват такими мероприятиями, как использование прикроватных сеток, обработанных инсектицидом, распыление инсектицидов остаточного действия в помещениях, диагностическое тестирование и эффективное лечение следует расширить на устойчивой основе с целью предотвратить повторное возникновение этой болезни и, как следствие, смерть людей.

20. Ежегодное число новых случаев заболевания туберкулезом на глобальном уровне продолжает медленно снижаться с 2006 г.; в период с 2011 по 2012 год этот показатель снизился на 2,4%. Показатель распространенности также снижается во всех шести регионах ВОЗ. Начиная с 1990 г. показатель смертности от туберкулеза снизился на 45%. Таким образом, данная тенденция указывает на то, что на глобальном уровне к 2015 г. данный показатель снизится на 50%. В глобальном масштабе показатели успешного лечения поддерживались на высоком уровне – 85% или выше (эта цель впервые была поставлена Ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA44.8 в 1991 г.). Вместе с тем бремя туберкулеза остается высоким: по оценкам, 8,6 миллиона новых случаев в 2012 г., из которых 13% приходится на лиц, живущих с ВИЧ, и, по оценкам, 1,3 миллиона случаев смерти (включая 320 000 ВИЧ-инфицированных).

21. В мировом масштабе в 2012 г., по оценкам, было 2,3 миллиона новых случаев инфицирования ВИЧ, что на 33% меньше, чем 3,4 миллиона случаев в 2001 году. На долю стран Африки к югу от Сахары приходится 70% всех случаев инфицирования ВИЧ на глобальном уровне. По оценкам, в 2012 г. число лиц, живущих с ВИЧ, составило 35 миллионов человек, что представляет собой некоторое повышение по сравнению с предыдущими годами. По мере расширения доступа к антиретровирусной терапии в странах с низким и средним уровнем доходов (в 2012 г. лечение в таких странах прошли 9,7 миллиона человек) число лиц, живущих с ВИЧ, будет продолжать расти, поскольку по причинам, связанным со СПИДом, умирает все меньше людей.

22. ВОЗ проводит работу по ликвидации группы из 17 забытых тропических болезней, которые носят эндемичный характер в 149 странах. Эти хронические инфекции затрагивают более 1000 миллионов человек в тропических и субтропических условиях и могут явиться причиной множественного инфицирования одного и того же человека. По сообщениям, число случаев африканского трипаносомоза у человека снизилось до самого низкого уровня за 50 лет. Две болезни – дракункулез и тропическая гранулема – должны быть ликвидированы, в соответствии с поставленными задачами, в 2015 и 2020 гг., а лимфатический филяриоз должен быть ликвидирован, в соответствии с поставленной задачей, в качестве проблемы общественного здравоохранения к 2020 году. Лепра была ликвидирована в качестве одной из проблем общественного здравоохранения в 119 из 122 стран, в которых она носила эндемичный характер. Хотя разнообразие забытых тропических болезней порождает определенные проблемы, тем не менее это дает возможность укрепить системы здравоохранения и расширить всеобщий доступ к лечению. Благодаря

кампаниям, которые проводятся под руководством ВОЗ, сотни миллионов человек ежегодно подвергаются лечению с использованием профилактических лекарственных средств. Принимаются меры по согласованию профилактики лихорадки денге и борьбы с ней – самой быстро распространяющейся вирусной инфекции в мире – по линии новой глобальной стратегии и дорожной карты ВОЗ, в которой поставлена цель снизить к 2020 г. показатели как заболеваемости, так и смертности от этой болезни. В мае 2013 г. Ассамблея здравоохранения в резолюции WHA66.12 решила ускорить работу по решению проблемы, связанной с указанными 17 болезнями, настоятельно рекомендовав государствам-членам и международным партнерам активизировать поддержку в работе по борьбе и полной или частичной ликвидации этой группы различных болезней посредством переноса акцента на компонент лидерства и причастности затронутых стран к осуществлению соответствующих программ.

23. Работа в области питьевой воды и основных санитарно-технических средств охвачена Задачей 7.C. В случае питьевой воды эта задача, измеренная с помощью косвенного показателя доступа к улучшенным источникам питьевой воды, была решена в 2010 году. В 2011 г. 89% населения пользовалось улучшенными источниками питьевой воды по сравнению с 76% населения в 1990 году. Хотя достигнутый прогресс впечатляет, тем не менее между различными регионами, между городскими и сельскими районами и между богатыми и бедными неравенство сохраняется. Хотя в четырех из шести регионов ВОЗ охват питьевым водоснабжением составляет не менее 90%, он, тем не менее, остается низким в регионах Африки и Восточного Средиземноморья, в результате чего, если судить по нынешним темпам прогресса, эти два региона не смогут решить задачу, поставленную на 2015 год. Что касается основных санитарно-технических средств, то начиная с 1990 г. доступ к улучшенным санитарно-техническим средствам получили 1900 миллионов человек; вместе с тем в 2011 г. у более чем 2500 миллионов человек (одна треть от общей численности мирового населения) такого доступа просто не было; 1000 миллионов человек до сих пор отправляют свои естественные надобности под открытым небом. Нынешние темпы прогресса в этой области слишком медленные, для того чтобы выполнить поставленную задачу как на глобальном уровне, так и в регионах (за исключением Региона Западной части Тихого океана, в котором масштабы охвата в период с 1990 по 2011 год увеличились в два раза). Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций призвал удвоить усилия для достижения Задачи 7.C по санитарно-техническим средствам. ВОЗ оказывает поддержку в мобилизации сектора здравоохранения в порядке решения кризисной ситуации в области санитарии посредством проведения массово-разъяснительной работы, оказания технической помощи и совершенствования системы глобального мониторинга.

24. Многие люди продолжают сталкиваться с проблемой дефицита лекарственных средств в государственном секторе, что вынуждает их обращаться в частный сектор, где цены могут быть значительно выше. Исследования, проведенные в период 2007-2012 гг., указывают на то, что средний показатель доступности основных лекарственных средств (генериков) в странах с низким и средним уровнем доходов составляет в государственном секторе всего лишь 57%. Цены для пациентов на самые дешевые генерики в частном секторе в среднем в пять раз выше по сравнению с международными базовыми ценами (а в некоторых странах они могут быть выше в

16 раз). Даже самые дешевые генерики могут сделать недоступным самый обычный курс лечения для семей с низким уровнем доходов в развивающихся странах. Самые большие расходы на лекарства ложатся на плечи пациентов, страдающих хроническими заболеваниями. Наличие эффективных средств лечения состояний, обусловленных большинством хронических болезней в мире, существуют, однако всеобщий доступ к ним по-прежнему остается вне пределов досягаемости.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

25. Исполкому предлагается принять настоящий доклад к сведению.

= = =