



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 задач¹. 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. Предыдущий вариант настоящего доклада был принят к сведению Исполнительным комитетом на своей Сто тридцатой сессии².

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: 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.

² См. документ EB130/2012/REC/2, протоколы третьего заседания, раздел 3, и четвертого заседания.

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 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 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.

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 2010 г. число случаев смерти снизилось, по оценкам, на 74%, 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 при поддержке Альянса ГАВИ все большее и большее число стран в Африканском регионе, Американском регионе и Регионе Восточного Средиземноморья стали применять пневмококковые конъюгатные вакцины. 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."¹, 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 543 000 в 1990 г. до примерно 287 000 в 2010 г.), тем не менее, эти темпы снижения наполовину ниже тех, которые необходимы для решения Задачи 5.A: Сократить на три четверти за период 1990-2015 гг. коэффициент материнской смертности. Темпы снижения этого показателя в период 1990-2010 гг. составляли на глобальном уровне 3,1% в год, причем в Американском регионе и Регионе Восточного Средиземноморья эти темпы были ниже (2,5% и 2,6% в год, соответственно). Приблизительно четверть стран с самым высоким показателем материнской смертности в 1990 г. (≥ 100 случаев материнской смерти на 100 000 живорождений) добились недостаточного или не добились никакого прогресса в этом плане.

8. Для того чтобы сократить материнскую смертность, женщинам нужен доступ к эффективным медико-санитарным мерам и высококачественной медицинской помощи в области репродуктивного здоровья. В период 2005-2010 гг. 63% женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые были замужем или состояли в гражданском браке, пользовались тем или иным видом контрацепции. Доля женщин, которые получали родовую помощь, как минимум один раз во время беременности, составила в период 2000-2011 гг. около 81%, однако в случае рекомендуемого минимума четырех или более приемов этот показатель составляет приблизительно 55%. За период 2005-2011 г. доля родов в присутствии квалифицированных сотрудников, что имеет жизненно важное значение для сокращения перинатальной, неонатальной и материнской смертности, превысила 90% в трех из шести регионов ВОЗ. Однако необходимы улучшения в таких регионах, как Африканский регион, 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

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

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 южной части Азии и более 50% в северной части Африки, Латинской Америке и странах Карибского бассейна, а также 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 живорождений в 1995 г. до 19 на 1000 живорождений 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 или лечения основных болезней 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 2010 г. из 216 миллионов больных малярией умерло 655 000 человек, 86% из которых были детьми в возрасте до пяти лет. В Африканском регионе ВОЗ в общей сложности в восьми странах и одной территории наблюдалось сокращение более чем на 50% числа подтвержденных случаев заболевания малярией или случаев госпитализации больных малярией и случаев смерти. В других регионах ВОЗ число зарегистрированных случаев подтвержденной малярии сократилось более чем на 50% в 35 из 53 стран при постоянном уровне передачи в период с 2000 по 2010 годы, а в четырех других странах наблюдались тенденции к уменьшению числа случаев заболевания малярией на 25%-50%. Согласно оценкам, заболеваемость малярией снизилась на 17% в глобальных масштабах в период с 2000 по 2010 годы. 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 350 000 человек умерли 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 мировом масштабе в 2010 г., по оценкам, было 2,7 миллиона новых случаев инфекции ВИЧ, что на 15% меньше, чем 3,1 миллиона новых случаев инфицирования в 2001 году. В 22 странах Африки к югу от Сахары в течение последнего десятилетия наблюдались аналогичные темпы снижения, однако на этот регион до сих пор приходится 70% всех случаев инфицирования ВИЧ в мировом масштабе. 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, что в 16 раз превышает аналогичный показатель за 2003 г.) число лиц, живущих с ВИЧ, будет продолжать расти, поскольку все меньше людей умирают по причинам, связанным со СПИДом.

14. Термин «забытые тропические болезни» охватывает группу из 17 болезней, эндемичных в 149 странах¹, от которых страдает более одного миллиарда человек. За исключением лихорадки денге и лейшманиоза, эти болезни редко вызывают вспышки и распространяются в беднейших, наиболее маргинальных обществах, вызывая жуткую боль, постоянную инвалидность и смерть. ВОЗ достигла поворотного пункта в своих усилиях по преодолению этих болезней благодаря скоординированному и комплексному подходу, принятому с 2007 г., который предусматривает одновременное использование различных безопасных и высококачественных лекарственных средств, предоставляемых на безвозмездной основе. С учетом того, что в 2011 г. показатель заболеваемости дракункулёзом составил менее 1100 человек, эта болезнь находится на грани ликвидации без использования каких бы то ни было лекарственных средств или вакцин.

15. Работа в области питьевой воды и основных санитарно-технических средств охвачена Целью 7.С, а именно к 2015 г. сократить вдвое долю населения, не имеющего постоянного доступа к безопасной питьевой воде. Мир встретил эту Цель с бережливым отношением к питьевой воде; в 2010 г. 89% населения пользовалось источниками питьевой воды по сравнению с 76% населения в 1990 году. Прогресс является впечатляющим, но тем не менее, существует неравенство между регионами ВОЗ. Хотя в четырех из шести регионов охват питьевым водоснабжением превышает 90%, он остается низким в Африканском регионе и в Регионе Восточного Средиземноморья. Исходя из существующего уровня прогресса, эти два региона не выполняют задачу, поставленную на 2015 год. В отношении основных санитарно-технических средств существующие уровни прогресса являются слишком медленными для того, чтобы выполнить поставленную задачу как на глобальном уровне, так и в регионах ВОЗ (за исключением, Региона Западной части Тихого океана). В 2010 г. 2500 миллионов человек не имели возможности пользоваться улучшенными санитарно-техническими средствами, причем 72% из них проживали в сельских районах. В связи с быстрым ростом городского населения повышается число лиц, проживающих в городских районах и не имеющих доступа к улучшенным санитарно-техническим средствам.

¹ Соответствующими болезнями являются лихорадка денге, бешенство, трахома, язва Бурули, эндемический трепонематоз, лепра, болезнь Шагаса, Африканский трипаносомоз, лейшманиоз, систицеркоз, дракункулёз, эхинококкоз, элементарный трематодоз, лимфатический филяриатоз, онхоцеркоз, шистосоматоз и геогельминты.

16. Хотя практически все страны публикуют перечень основных лекарственных средств, все же наличие таких лекарственных средств в государственных учреждениях здравоохранения часто ограничено. Обследования, проведенные более чем в 70 странах, главным образом с низким и средним уровнями доходов, выявили то, что средний показатель наличия отдельных лекарственных средств-генериков в медицинских учреждениях составляет всего лишь 42% в государственном секторе и 64% в частном секторе. Больше всего не хватает лекарственных средств для лечения хронических, неинфекционных болезней, по сравнению с лекарственными средствами для лечения острых заболеваний. При изучении 40 стран средний показатель наличия лекарственных средств-генериков для лечения хронических неинфекционных болезней составляет 36%, а коэффициент наличия в тех же самых учреждениях лекарственных средств для лечения острых заболеваний составляет 53,5%. 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. Такой низкий показатель наличия лекарственных средств в государственном секторе и высокие цены в частном секторе толкают многие семьи – особенно семьи, в которых какой-либо член семьи страдает хронической неинфекционной болезнью, – в катастрофическую бедность.

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 детей¹ и Политическую декларацию по ВИЧ/СПИДу:

¹ *Keeping promises, measuring results: Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.

активизация наших усилий по искоренению ВИЧ/СПИДа¹. Проблема неравенства конкретно рассматривается в Рио-де-Жанейрской политической декларации по социальным детерминантам здоровья².

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 питьевая вода в достаточном количестве, 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 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 заболеваний³. 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 совещаниях, в частности на Конференции Организации Объединенных Наций по устойчивому развитию "Рио+20", которая запланирована на 13-22 июня 2012 года. В рамках системы Организации Объединенных Наций Целевая группа, в которой представлена ВОЗ, подготавливает доклад Генеральному секретарю о плане развития

¹ См. резолюцию 65/277 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций.

² См. документ EВ130/15, Приложение.

³ См. документ EВ130/6.

после 2015 года. Секретарь также назначит Группу высокого уровня для рассмотрения этого вопроса после завершения конференции «Рио+29».

22. В процессе определения новых целей очень важно будет: определить способы измерения глобального процесса на пути к устойчивому развитию, который выходит за рамки таких чисто экономических показателей, как валовый внутренний продукт; уделить особое внимание проблемам, связанным с ростом безработицы и обеспечением социальной защиты; и наладить более прочные связи 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.

23. **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 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.

24. **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. Выражение общей позиции сектора здравоохранения окажет мощное влияние на дискуссии, которые неизбежно будут трудными и сложными, между представителями многочисленных 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 АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

25. Ассамблее здравоохранения предлагается принять настоящий доклад к сведению и дать соответствующие указания.

= = =