



Цели тысячелетия в области развития, связанные со здоровьем

Доклад Секретариата

1. Мировые лидеры встретились в ходе Пленарного заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по Целям тысячелетия в области развития (Нью-Йорк, 20-22 сентября 2010 г.) в порядке обзора достигнутых результатов и требуемых действий¹. Итоговый документ, принятый по результатам этого заседания, является самой последней декларацией государств-членов, в которой отражен консенсус относительно способов достижения Целей тысячелетия в области развития². В настоящем докладе рассматриваются самые последние тенденции, касающиеся Целей тысячелетия, связанных со здоровьем³. Кроме того, в соответствии с просьбой, содержащейся в резолюции WHA63.24, в нем рассматривается прогресс о ходе работы по снижению детской смертности посредством профилактики и лечения пневмонии и содержится обзор обязательств, принятых на пленарном заседании высокого уровня по Целям тысячелетия в области развития, и последующие действия.

НЫНЕШНЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ ДЕЛ И ТЕНДЕНЦИИ

2. Прогресс на пути к достижению Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем, варьирует в зависимости от страны и от цели.
3. Распространенным явлением продолжает оставаться **недостаточное питание** детей в возрасте до пяти лет: по недавно проведенным оценкам, 115 миллионов детей в мире. Фактические данные свидетельствуют о том, что этот показатель глобального распространения снижается, однако прогресс не одинаков. В Африке стабилизация

¹ Это пленарное заседание высокого уровня было проведено в контексте Декларации тысячелетия и Монтеррейского консенсуса, принятого на Международной конференции по финансированию развития (Монтеррей, Мексика, 18–22 марта 2002 г.).

² См. резолюцию 65/1 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций под названием "Выполнение обещания: объединение во имя достижения Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия".

³ Как это предусмотрено, в частности в резолюции WHA63.15.

показателя распространенности в условиях роста численности населения явилась причиной увеличения числа детей с недостаточным весом с 24 миллионов в 1990 г. до 30 миллионов в 2010 году. Вместе с тем наибольшее число детей с недостаточным весом проживают в Азии: около 71 миллиона в 2010 году.

4. **Детская смертность** продолжает снижаться во всем мире. Общее число случаев смерти детей в возрасте до пяти лет снизилось с 12,4 миллиона в 1990 г. до 8,1 миллиона в 2009 году. Показатель детской смертности детей в возрасте до пяти лет снизился с 89 на 1000 живорожденных в 1990 г. до 60 на 1000 живорожденных в 2009 г., что представляет собой сокращение приблизительно на одну треть, при этом темпы этого сокращения за период 2000-2009 гг. повысились по сравнению с аналогичным показателем за 1990-е годы. Несмотря на эти данные, необходимо сделать больше, для того чтобы решить Задачу 4А: сократить смертность к 2015 г. на две трети по сравнению с уровнем 1990 года. Две самые серьезные болезни, которые уносят жизнь детей в возрасте до пяти лет, – это пневмония и диарейные болезни, при этом на пневмонию приходится 18% всех случаев смерти, а на диарейные болезни - 15%. Эти показатели включают случаи смерти, которые имеют место во время неонатального периода. Число случаев смерти в этот период составляет постоянно растущую долю смертности среди детей в возрасте до пяти лет - на нее приходится около 40% от всех случаев смерти.

5. К 2009 г. охват иммунизацией детей в возрасте 12-23 месяцев от кори составлял на глобальном уровне 82% против 73% в 1990 году. Вместе с тем охват **детей жизненно важными медико-санитарными мероприятиями** против зачастую смертельных болезней остается недостаточным. Эти мероприятия включают пероральную регидратацию и прием препаратов цинка при диарее и лечение больных с помощью антибиотиков в случае пневмонии. Большинство случаев смерти детей от пневмонии можно было бы предотвратить путем принятия эффективных медико-санитарных мер в широком масштабе и достижения наиболее уязвимых групп населения.

6. **Материнская смертность.** Оценки позволяют сделать вывод о том, что число женщин, умирающих в результате осложнений в ходе беременности и родов, снизилось на 34%: с 546 000 в 1990 г. до 358 000 в 2008 г., согласно новым оценкам Организации Объединенных Наций, опубликованным в 2010 году. Это заметный прогресс, однако ежегодные темпы снижения на уровне 2,3% составляют меньше половины показателя в 5,5%, который необходим для достижения Цели 5.А сокращения материнской смертности на три четверти в период с 1990 по 2015 год. Практически все (99%) случаи материнской смерти в 2008 г. произошли в развивающихся странах.

7. Произошли улучшения в охвате мероприятиями по снижению материнской смертности, включая услуги по планированию семьи и доступ всех беременных женщин к квалифицированной медицинской помощи во время беременности, родов и в послеродовой период. Самые последние оценки показывают, что 63% женщин в развивающихся странах в возрасте от 15 до 49 лет, которые были замужем или находились в брачном союзе, использовали некоторые противозачаточные средства. Несмотря на то, что 78% беременных женщин, которые получали дородовую медицинскую помощь как минимум один раз в ходе беременности в течение периода 2000-2010 гг., только 53% получили

рекомендованные ВОЗ четыре дородовых визита. Доля родов в присутствии квалифицированного медицинского персонала увеличилась с 58% в 1990 г. до 68% в 2008 году.

8. Растущее число стран зарегистрировали уменьшение числа подтвержденных случаев **малярии** и/или зарегистрированных случаев поступления в больницу или смерти после 2000 года¹. Глобальные усилия по борьбе привели к сокращению предполагаемого числа случаев смерти приблизительно с 1 миллиона в 2000 г. до 781 000 в 2009 году. По оценкам, число случаев малярии возросло с 233 миллионов в 2000 г. до 244 миллионов в 2005 г. до 244 миллионов в 2005 г., однако снизилось до 225 миллионов в 2009 году. В общей сложности 11 стран и один район в Африканском регионе показали снижение более чем на 50% либо подтвержденных случаев малярии, либо случаев поступления в больницу и случаев смерти в период между 2000 и 2009 годами. В других регионах ВОЗ число зарегистрированных случаев подтвержденной малярии снизилось более чем на 50% в 32 странах.

9. Ежегодное глобальное число новых случаев заболевания **туберкулезом** продолжает несколько увеличиваться, поскольку медленные темпы сокращения заболеваемости в расчете на душу населения нейтрализуются увеличением численности населения. В 2009 г. число случаев составляло, по оценкам, 12-16 миллионов, а число новых случаев, опять же по оценкам, составляло 9,4 миллиона. По оценкам, в 2009 г. от туберкулеза умерло 1,3 миллиона ВИЧ-негативных лиц. Смертность от этой болезни снизилась с 1990 г. более чем на одну треть. В 2009 г., по сообщениям национальных противотуберкулезных программ, было зарегистрировано 5,8 миллиона случаев. В 2008 г. показатель успешного лечения составлял 86% на глобальном уровне и 87% в странах с высоким бременем этой болезни - второй год подряд, в течение которого целевое задание на уровне 85% (впервые рекомендованное Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1991 г.)² было превышено. Однако туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью продолжает вызывать проблемы.

10. По оценкам, в 2009 г. насчитывалось 33,3 миллиона человек, живущих с **ВИЧ**, в том числе 2,6 миллиона человек, инфицированных впервые, и 1,8 миллиона случаев смерти, связанных с ВИЧ/СПИДом. Число лиц, живущих с ВИЧ, на глобальном уровне продолжало увеличиваться, и в 2009 г. было на 23% выше, чем в 1999 году. Вместе с тем общий рост эпидемии на глобальном уровне, судя по всему, стабилизировался, притом что ежегодно количество новых случаев инфицирования ВИЧ характеризуется устойчивым снижением. По оценкам, в 2009 г. число лиц, инфицированных ВИЧ впервые, было приблизительно на 20% ниже, чем в 1999 году. Увеличение числа ВИЧ-позитивных лиц отражает отчасти положительное воздействие на продолжительность жизни антиретровирусной терапии, которой, по состоянию на декабрь 2009 г., могли пользоваться более пяти миллионов человек, проживающих в странах с низким и средним уровнями доходов. Несмотря на этот прогресс на глобальном уровне, показатели охвата

¹ *Всемирный доклад о малярии, 2010 г.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

² См. резолюцию WHA44.8

лечением остаются низкими: в 2009 г. им смогли воспользоваться только 36% лиц, нуждающихся в таком лечении, в странах с низким и средним уровнями доходов. По оценкам, в 2009 г. 1,4 миллиона ВИЧ-инфицированных женщин родили детей, из которых приблизительно 370 000 новорожденных были инфицированы в течение перинатального периода или грудного вскармливания, причем большинство таких случаев имели место в странах Африки, расположенных к югу от Сахары.

11. В настоящее время более 1000 миллионов человек страдают от **забытых тропических болезней**, главным образом среди беднейших слоев населения, проживающих в условиях тропического и субтропического климата. По данным, полученным из 121 страны, по состоянию на начало 2009 г., лепрой было поражено в общей сложности на глобальном уровне 213 036 человек, а число новых случаев заболеваний, выявленных в течение 2008 г., составило 249 007. В 2009 г. лимфатический филяриоз носил эндемический характер в 81 стране, из которых 53 осуществляли программы массового лечения; число лиц, которые получали лечение, увеличилось с 10 миллионов в 2000 г. до 546 миллионов в 2007 году. С 1989 г. число новых случаев заболевания дракункулезом снизилось с 892 055 в 12 странах, эндемичных по этой болезни, до 3190 в четырех странах в 2009 г., что представляет собой снижение более чем на 99%¹. Вместе с тем вспышки лихорадки денге учащаются и распространяются в географических масштабах: в настоящее время сообщается о наличии случаев лихорадки денге в пяти из шести регионов ВОЗ.

12. Доля мирового населения, у которого есть доступ к улучшенным источникам **питьевой воды**, увеличилась на глобальном уровне в период с 1990 по 2008 год с 77% до 87%. Один из компонентов задачи 7.С Цели 7 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, состоит в сокращении вдвое доли населения, не имеющего постоянного доступа к безопасной питьевой воде. Исходя из нынешних показателей, вполне возможно, что эта задача будет достигнута. Тем не менее, в 2008 г. некачественными источниками воды все еще пользовались около 884 миллионов человек, из которых 84% проживали в сельских районах. Второй компонент задачи 7.С состоит в сокращении вдвое доли населения, не имеющего постоянного доступа к основным санитарно-техническим средствам. Нынешние темпы прогресса на пути к достижению этой цели, касающейся основных санитарно-технических средств, недостаточны. В 2008 г. улучшенными санитарно-гигиеническими средствами не могли пользоваться 2600 миллионов человек, из которых более 1100 миллионов не имели доступа ни к туалетам, ни к каким бы то ни было санитарно-гигиеническим удобствам. Если нынешние тенденции сохранятся, то претворить в жизнь этот компонент задачи 7.С не удастся.

13. Развивающиеся страны продолжают сталкиваться с проблемой недостатка **основных лекарственных средств** и высокими ценами на них. Обследования, проведенные более чем в 40 странах, главным образом с низким и средним уровнями доходов, указывают на то, что отдельные лекарственные средства-генерики доступны только в 42% медицинских учреждений в государственном секторе и в 64% таких учреждений в частном секторе.

¹ Более подробную информацию см. в документе EB128/15.

Отсутствие лекарственных средств в государственном секторе вынуждает больных приобретать такие лекарственные средства в частном порядке. В частном секторе лекарственные средства-генерики продаются по ценам, в несколько раз превышающим международные справочные цены, а первичные фирменные лекарства, как правило, стоят еще больше.

Пневмония

14. После принятия резолюции WHA63.24 о профилактике и лечении пневмонии некоторые страны ввели в действие систему комплексного лечения этой болезни на общинном уровне в качестве одной из признанных стратегий увеличения доступа к качественной медицинской помощи. Опыт таких стран, как Эфиопия и Малави, показал, что такие стратегии могут способствовать снижению показателей смертности детей в возрасте до пяти лет.

15. В ряде случаев страны воспользовались совместными заявлениями ЮНИСЕФ/ВОЗ по лечению детей, страдающих диарейными болезнями и пневмонией, с целью положить начало диалогу на политическом уровне по повышению доступа к медицинской помощи. Такая помощь может оказываться обученными и контролируемыми работниками здравоохранения в общине. Из 68 стран, в которых осуществляется мониторинг по линии инициативы "Обратный отсчет времени до 2015 г."¹, 29 стран уже изменили политику в этом плане, которая в настоящее время допускает лечение больных пневмонией на уровне общины. Непал и Сенегал расширяют общинные программы, которые дают положительные результаты.

16. Для того чтобы поддержать и облегчить осуществление согласованных и более масштабных медико-санитарных мероприятий по борьбе с пневмонией и диареей среди детей в возрасте до пяти лет, проживающих в развивающихся странах, ВОЗ планирует провести четыре региональных рабочих совещания (три в Регионе стран Африки и одно в Регионе стран Юго-Восточной Азии) в течение 2011-2012 гг. в сотрудничестве с министерствами здравоохранения, ЮНИСЕФ и другими партнерами. Эти регионы несут на себе самое тяжелое бремя смертности в результате пневмонии и диареи и включают многочисленные страны, которые не в состоянии соблюсти график достижения Цели 4 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия (Сокращение детской смертности).

17. Беспрецедентно большое число стран в Африканском регионе, Регионе стран Америки и Регионе Восточного Средиземноморья намерены ввести в практику использование пневмококковых конъюгатных вакцин в течение предстоящего года при поддержке со стороны Альянса ГАВИ. Клинические испытания в развивающихся странах (наряду с опытом использования этой вакцины в промышленно развитых странах) указывают на то, что данные вакцины вместе с вакциной против *Haemophilus influenzae* типа b, которая уже используется в этих странах, окажут существенное воздействие на

¹ *Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival.* Geneva, World Health Organization and UNICEF, 2010.

заболеваемость и смертность в результате пневмонии. В 2010 г. Гамбия и Руанда, в которых используется семивалентная пневмококковая вакцина, перейдут на недавно разработанную 13-валентную вакцину, которая предохраняет от 13 пневмококковых серотипов, в том числе тех, которые распространены в развивающихся странах. В начале 2011 г. Кения начнет использовать 10-валентную вакцину, а Гайана, Гондурас и Никарагуа начнут использовать 13-валентную вакцину. Руанда уже использует пневмококковые конъюгатные вакцины в целях расширения других стратегий борьбы с пневмонией. То же самое намерена сделать и Кения. Другим странам, которые вводят в практику эти вакцины, будет оказываться поддержка в целях принятия аналогичных мер. В 2011 г. Демократическая Республика Конго, Йемен, Камерун, Конго, Мали, Сьерра-Леоне и Центральноафриканская республика намерены ввести в практику 13-валентную пневмококковую вакцину, а Бенин, Бурунди, Мадагаскар, Малави, Пакистан и Эфиопия планируют ввести эти вакцины в 2012 году.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕИ ПО ЦЕЛЯМ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ, СФОРМУЛИРОВАННЫМ В ДЕКЛАРАЦИИ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ, – И ПОСЛЕДУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ

18. Итоговый документ, принятый Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций, предусматривает целый ряд мер, которые позволят привести – в случае их принятия в достаточных масштабах и адаптированных к специфической ситуации в каждой стране – к достижению Целей тысячелетия в области развития. Пленарное заседание высокого уровня по Целям тысячелетия в области развития также определило важные обязательства со стороны международного сообщества, в том числе те, которые представлены в итоговом документе, и поддержало смелые новые инициативы, такие как разработанная Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей. Эта стратегия, разработанная при поддержке и содействии Партнерства в интересах здоровья матерей, новорожденных и детей (членом которого является ВОЗ), была вначале рассмотрена на технических совещаниях в ходе Шестидесять третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2010 года.

19. Итоговый документ основан на десятилетнем опыте работы и полученных результатах, а также на целом ряде резолюций и докладов Всемирной ассамблеи здравоохранения и Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, в которых одобряются расставленные по степени приоритетности действия, отражающие консенсус по ряду Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем, и основным вопросам, имеющим отношение к системам здравоохранения¹. Выводы Комиссии по макроэкономике и здоровью и Комиссии по социальным детерминантам здоровья являются руководством для ВОЗ и стран в их усилиях в области здравоохранения, которые позволяют укрепить связь между здравоохранением, сокращением масштабов нищеты, гендерной проблематикой и правами человека, и в которых рассматривается вопрос

¹ Включая Декларацию на уровне министров о согласованных на международном уровне целях и обязательствах в отношении глобального общественного здравоохранения из ежегодного министерского обзора за 2009 г. Экономического и Социального Совета Организации Объединенных Наций.

неравенства в отношении здоровья, – меры, которые получили дополнительную поддержку в итоговом документе. В соответствии с Уставом ВОЗ, ее целью является достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья. Достижение этой цели предполагает осуществление целого ряда технических мероприятий. В противовес этому осуществление медико-санитарных программ строится на взаимосвязях с другими секторами и решении проблем, относящихся к компетенции директивных органов, занимающихся вопросами внешней и внутренней политики¹: экономическое и социальное развитие, гуманитарные действия, распределение ресурсов, торговля, передача технологий, интеллектуальная собственность, эффективность помощи, взаимная подотчетность, качество управления, национальный суверенитет и концепции "безопасность человека". Эти меры способствуют обеспечению такого положения, при котором вопросы здоровья занимают одно из первых мест в политической повестке дня. "Группа восьми" в своих заявлениях в 2009 и 2010 гг. подтвердила поддержку Целей тысячелетия в области развития и приверженность принятым ранее обязательствам.

20. Конкретные меры, принятые ВОЗ непосредственно в отношении упомянутых Целей, дополнительно определяются в других документах, представленных Ассамблее здравоохранения, в том числе тех, которые посвящены укреплению систем здравоохранения, будущему финансированию ВОЗ, глобальной стратегии сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ/СПИДом на 2011-2015 гг., малярии, глобальному видению и стратегии иммунизации, питанию детей грудного и раннего возраста и соответствующему всестороннему плану осуществления, ликвидации дракункулеза и безопасному снабжению питьевой водой².

21. ВОЗ проводила масштабную работу вместе с другими органами системы Организации Объединенных Наций и канцелярией Генерального секретаря по подготовке пленарного заседания высокого уровня по Целям тысячелетия в области развития, а также принимала активное участие более чем в 20 параллельных мероприятиях (одна треть всех параллельных мероприятий, проведенных в рамках этого заседания, была посвящена проблемам здравоохранения), включая несколько мероприятий, которые заложили основу для подготовки совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними (которое намечено на сентябрь 2011 г.)³. Заявления, сделанные в ходе Генеральной Ассамблеи, показали, что вопросы здравоохранения продолжают занимать одно из первых мест в национальных повестках дня.

¹ См., например, резолюции 63/33 и 64/108 и доклад 64/365 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, в которых поощряется более широкое участие кругов, занимающихся внешней политикой, в работе по поддержке здравоохранения и уделение внимания вопросам повышения согласованности между политикой в области здравоохранения и внешней политикой.

² Документы A64/12 и A64/13; A64/4; A64/15; A64/19; A64/14; A64/22; A64/20 и A64/24.

³ См. документы A64/21 и A64/21 Add.1.

Последующие действия в контексте разработанной Генеральным секретарем Глобальной стратегии охраны здоровья женщин и детей

22. До проведения на Генеральной Ассамблее Организацией Объединенных Наций Пленарного заседания высокого уровня по Целям тысячелетия в области развития, по просьбе канцелярии Генерального секретаря, содействие в проведении консультаций по проекту Глобальной стратегии охраны здоровья женщин и детей в 25 странах с самым низким уровнем доходов и с тяжелым бременем смертности оказали ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ЮНЭЙДС и Всемирный банк (группа, известная под названием Н4+). Цель работы заключалась в определении национальных обязательств по поддержке приоритетных действий, включенных в программу охраны здоровья женщин и детей, в контексте действующих процессов и механизмов на уровне стран для их координации по линии Организации Объединенных Наций. Группа Н4+ провела обсуждение с правительствами и национальными заинтересованными сторонами. Определенные таким образом обязательства были освещены на заседании и включены в Глобальную стратегию в качестве приложения.

23. После пленарного заседания высокого уровня по Целям тысячелетия в области развития, сформулированным в Декларации тысячелетия, были обобщены и проанализированы конкретные обязательства в интересах 25 стран с высоким бременем болезней с учетом их специфики в целях определения требуемых действий, мероприятий и поддержки в их реализации. Полученные результаты используются в качестве руководства для ВОЗ и других организаций системы Организации Объединенных Наций в определении своих приоритетов в оказании технической и другой поддержки странам. Методика проведения этого анализа будет также служить интересам подотчетности.

24. В остальных 24 странах с самым низким уровнем доходов начата работа по определению конкретной поддержки, необходимой в таких жизненно важных областях, в которых дополнительное внимание и дополнительные ресурсы позволят, как предполагается, добиться заметных результатов. В данном случае используется подход, аналогичный тому, который использовался для определения обязательств перед проведением пленарного заседания высокого уровня.

Согласованность национальных планов, мер политики и стратегий в области здравоохранения

25. Достижение Целей предполагает необходимость согласованности мер политики в области здравоохранения на глобальном и национальном уровнях. Секретариат оказал дополнительную поддержку странам по повышению согласованности их национальных стратегий, мер политики и планов в области здравоохранения, с тем чтобы системы здравоохранения могли оказывать комплекс услуг для борьбы с болезнями и объединить работу всех заинтересованных сторон. Такой подход нуждается в политическом лидерстве на высоком уровне и устойчивой поддержке со стороны партнеров по развитию.

26. В преддверии четвертого Форума высокого уровня по эффективности внешней помощи, который, по плану, должен состояться в Пусане (Республика Корея, 26 ноября – 1 декабря 2011 г.), ВОЗ будет продолжать оказывать поддержку в осуществлении

Парижской декларации по повышению эффективности внешней помощи (2005 г.) и Аккрского плана действий (2008 г.). Непрерывная поддержка ВОЗ в соблюдении международных обязательств по укреплению систем здравоохранения будет содействовать разработке и использованию национальных стратегий, мер политики и планов в области здравоохранения в качестве одного из средств более полного согласования национальных приоритетов и большей согласованности рекомендаций в отношении внутренней финансовой политики. Аналогичным образом, ВОЗ сотрудничает со Всемирным банком, Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и Альянсом ГАВИ в целях разработки общей базы финансирования в соответствии с рекомендациями Целевой группы высокого уровня по инновационным методам международного финансирования систем здравоохранения.

27. Работа в направлении повышения координации и согласованности на страновом уровне предполагает необходимость сотрудничества широкого круга заинтересованных сторон, как это неоднократно подчеркивалось в итоговом документе. В соответствии с этим ВОЗ наращивает свои усилия на основе сотрудничества с Международным партнерством в области здравоохранения “плюс” (группа IHP+) и посредством возобновления своей поддержки концепции первичной медико-санитарной помощи.

Укрепление систем здравоохранения

28. Достижение Целей, связанных со здоровьем, будет в значительной мере зависеть от той степени, в которой можно объединить все медико-санитарные программы и укрепить системы здравоохранения, на которых они строятся (главным образом с точки зрения медико-санитарного персонала, финансирования и организации системы оказания услуг). Шестидесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения¹, который сейчас должен быть введен в практику. Стратегии финансирования кратко изложены в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2010 года*.

29. Для того чтобы обеспечить принятие более активных ответных мер на национальном уровне, страновые бюро ВОЗ должны обладать большим потенциалом и быть более эффективными, в частности в плане выполнения их функций организаторов, координаторов и источников поддержки национальных органов в их работе, имеющей целью придать здравоохранению большую значимость в национальной повестке дня, координировать работу многочисленных субъектов деятельности, улучшать национальные планы, предусматривающие поддающиеся измерению результаты, и, тем самым, повышать уровень согласованности, координации и сотрудничества в области политики.

30. ВОЗ работает с различными партнерами в попытке найти способы расширения многосекторальных действий в интересах здоровья, включая использование показателей, которые позволяли бы контролировать воздействие различных стратегий. Всемирная конференция по социальным детерминантам здоровья, которая, по планам, должна

¹ См. резолюцию WHA63.16.

состояться в Рио-де-Жанейро (Бразилия) 19-21 октября 2011 г., явится своего рода форумом для определения таких стратегий.

Обеспечение требуемых ресурсов

31. До сих пор не решены проблемы, касающиеся мобилизации ресурсов, необходимых для достижения Целей, связанных со здоровьем, устранения дефицита финансирования и укрепления основных систем здравоохранения. Последние данные по динамике официальной помощи в целях развития в расчете на душу населения, выделяемой на цели здравоохранения, по 46 странам в Африканском регионе указывают на то, что объем финансовых средств существенно увеличился на Цель 6 (Борьба против ВИЧ/СПИДа, малярии и других болезней), однако остался на том же уровне в отношении других целей. Кроме того, одна треть людей, прозябающих в абсолютной нищете, проживают в государствах, которые получают где-то на 40% меньше помощи в расчете на душу населения, чем другие страны с низким уровнем доходов.

32. Пленарное заседание высокого уровня по Целям в области развития, сформулированным в Декларации тысячелетия, стимулировало взятие на себя некоторыми участниками обязательств по достижению Целей, связанных со здоровьем. Так, было взято обязательство выделить 40 000 млн. долл. США в течение пятилетнего периода на оказание поддержки в осуществлении Глобальной стратегии охраны здоровья женщин и детей. Пленарное заседание высокого уровня также оказало влияние на Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в рамках своего третьего цикла добровольного пополнения на втором совещании (Нью-Йорк, 4-5 октября 2010 г.), в ходе которого доноры дали обещание выделить на эти цели 11 700 млн. долл. США на 2011-2013 гг. – самая крупная сумма, обещанная на сегодняшний день. Аналогичное совещание провел и Альянс ГАВИ. Такие инициативы, как ЮНИТЭЙД (которая мобилизует около 300 млн. долл. США ежегодно) и Международный механизм финансирования иммунизации, также оказывают существенное содействие в финансировании Целей, связанных со здоровьем.

Улучшение системы подотчетности, информации и интеллектуальной базы

33. С учетом важности обеспечения подотчетности по обязательствам, сделанным на пленарном заседании высокого уровня по Целям тысячелетия в области развития, сформулированным в Декларации тысячелетия, Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций просил Генерального директора взять на себя руководство по разработке соответствующей системы подотчетности для отслеживания соблюдения обязательств и достижения нужных результатов в рамках Глобальной стратегии охраны здоровья женщин и детей. В настоящее время ВОЗ создает на ограниченный срок комиссию по информации и подотчетности в отношении охраны здоровья женщин и детей в составе руководителей и экспертов из государств-членов, представителей многосторонних систем, академических кругов, гражданского общества и частного сектора, и информация о прогрессе будет представлена на Шестьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Эта комиссия определит принципы эффективной глобальной системы информации и подотчетности в интересах здравоохранения. Кроме

того, она рассмотрит соответствующую систему основных показателей и ресурсов на цели здравоохранения и ожидаемых результатов, которой смогут пользоваться все страны. Цель этой системы заключается не в том, чтобы создать совершенно новую структуру и совершенно новую систему отчетности, а в том, чтобы обеспечить согласование и координацию существующих механизмов. В этом контексте комиссия также изучит возможности использования новаторских технологий медико-санитарной информации.

34. Хорошо работающие системы медико-санитарной информации необходимы для мониторинга прогресса на пути к достижению Целей, связанных со здоровьем, а также прогресса в деле достижения других целей в области здравоохранения и решения задач по обеспечению равенства на национальном уровне. Для обоснования процессов принятия решений на национальном и международном уровнях необходимо также проводить анализ эффективности работы этих систем. Системы медико-санитарной информации нуждаются в данных из самых различных источников, таких как обследования, учреждения здравоохранения и административные органы. Во многих странах уже достигнут определенный прогресс в деле продвижения систем медико-санитарной информации по линии систем записи актов гражданского состояния, таких как регистрация рождения, смерти и причин смерти, однако в этой области остаются существенные пробелы, главным образом в мониторинге. ВОЗ сотрудничает с партнерами и Сетью измерения показателей здоровья в целях оказания странам поддержки в их работе по увеличению наличия и качества данных, касающихся Целей тысячелетия в области развития и других показателей.

35. ВОЗ будет продолжать информировать о самых последних оценках, касающихся статистики здравоохранения в своей ежегодной публикации *World health statistics* ("Мировая статистика здравоохранения"), которая включает оценку прогресса на пути к достижению Целей, связанных со здоровьем. В этом докладе содержатся сравнительные оценки основных показателей в области здравоохранения. Однако качество глобальных оценок зависит от наличия и качества данных на страновом уровне, которые пока еще не адекватны по многим показателям.

36. Системы электронной информации и прикладные программы электронного здоровья могут в перспективе обеспечить более широкий доступ к более качественной медико-санитарной помощи посредством надлежащего использования электронных медико-санитарных систем регистрации и мобильных устройств. Эти технологии также меняют саму модель медико-санитарной информации, содействуя большей причастности к этой работе на местном уровне и обеспечивая доступ к информационным файлам на всех уровнях системы здравоохранения. ВОЗ будет играть стержневую роль в обеспечении соблюдения соответствующих стандартов и прогрессивной национальной политики в целях оптимального использования этих технологий.

37. На своей Сто двадцать восьмой сессии в январе 2011 г. Исполнительный комитет обсудил более раннюю версию настоящего доклада и принял резолюцию EB128.R1.

ДЕЙСТВИЯ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

38. Ассамблее здравоохранения предлагается принять резолюцию, рекомендованную Исполнительным комитетом в резолюции EB128.R1.

= = =