# Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г.

## Не оставим без внимания каждую мать, каждого ребенка

Всемирная организация здравоохранения

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

World Health Organization.
The World health report : 2005 : make every mother and child count.
1.World health — trends 2.Maternal welfare 3.Child welfare. 4.Maternal health services — organization and administration. 5.Child health services — organization and administration 6.World Health Organization I.Title II.Title: Make every mother and child count.
ISBN 92 4 456290 1 (NLM Classification: WA 540.1)
ISSN 1815-7793

**© Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.**
Все права зарезервированы. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 2476; факс: +41 22 791 4857; электронная почта: bookorders@who.int). Запросы для получения разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ — будь то для продажи или для некоммерческого распространения — следует направлять в Отдел прессы ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; электронная почта: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнения Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительствах или их границах. Пунктирными линиями на картах показаны приблизительные границы, в отношении которых пока еще не достигнуто полного согласия.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, которые являются аналогичными, но не упомянуты в тексте. Исключая ошибки и пропуски, наименования патентованной продукции выделяются начальными прописными буквами.

Все разумные меры предосторожности были приняты ВОЗ для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Информацию, касающуюся настоящей публикации можно получить по адресу:
World Health Report
World Health Organization
1211 Geneva 27, Switzerland
Электронная почта: whr@who.int

Дополнительные экземпляры настоящей публикации можно заказать
по адресу: bookorders@who.int

Данный доклад был подготовлен под общим руководством Joy Phumaphi (Помощник Генерального директора, Вопросы здоровья семьи и ребенка), Tim Evans (Помощник Генерального директора, Фактические данные и информация для формирования политики) и Wim Van Lerberghe (Главный редактор). Ведущие авторы: Wim Van Lerberghe, Annick Manuel, Zoe Matthews и Cathy Wolfheim. Ведущий редактор: Thomson Prentice.

Ценный вклад в подготовку доклада (участие в написании текста, аналитические разработки, обзоры литературы, критические замечания и предложения) внесли: Elisabeth Aahman, Carla Abou-Zahr, Fiifi Amoako Johnson, Fred Arnold, Alberta Bacci, Rajiv Bahl, Rebecca Bailey, Robert Beaglehole, Rafael Bengoa, Janie Benson, Yves Bergevin, Stan Bernstein, Julian Bilous, Ties Boerma, Jo Borghi, Paul Bossyns, Assia Brandrup-Lukanov, Eric Buch, Flavia Bustreo, Meena Cabral de Mello, Virginia Camacho, Guy Carrin, Andrew Cassels, Kathryn Church, Alessandro Colombo, Jane Cottingham, Bernadette Daelmans, Mario Dal Poz, Catherine d'Arcangues, Hugh Darrah, Luc de Bernis, Isabelle de Zoysa, Maria Del Carmen, Carmen Dolea, Gilles Dussault, Steve Ebener, Dominique Egger, Gerry Eijkemans, Bjorn Ekman, Zine Elmorjani, Tim Ensor, Marthe Sylvie Essengue, David Evans, Vincent Fauveau, Paulo Ferrinho, Helga Fogstad, Marta Gacic Dobo, Ulf Gerdham, Adrienne Germain, Peter Ghys, Elizabeth Goodburn, Veloshnee Govender, Metin Gulmezoglu, Jean-Pierre Habicht, Sarah Hall, Laurence Haller, Steve Harvey, Peggy Henderson, Patricia Hernandez, Peter Hill, Dale Huntington, Julia Hussein, Guy Hutton, Mie Inoue, Monir Islam, Christopher James, Craig Janes, Ben Johns, Rita Kabra, Betty Kirkwood, Lianne Kuppens, Joy Lawn, Jerker Liljestrand, Ornella Lincetto, Craig Lissner, Alessandro Loretti, Jane Lucas, Doris Ma Fat, Carolyn Maclennan, Ramez Mahaini, Sudhansh Malhostra, Adriane Martin Hilber, Jose Martines, Elizabeth Mason, Matthews Mathai, Dileep Mavalankar, Gillian Mayers, Juliet McEachren, Abdelhai Mechbal, Mario Merialdi, Tom Merrick, Thierry Mertens, Susan Murray, Adepeju Olukoya, Guillermo Paraje, Justin Parkhurst, Amit Patel, Vikram Patel, Steve Pearson, Gretel Pelto, Jean Perrot, Annie Portela, Dheepa Rajan, K.V. Ramani, Esther Ratsma, Linda Richter, David Sanders, Parvathy Sankar, Robert Scherpbier, Peelam Sekhri, Gita Sen, Iqbal Shah, Della Sherratt, Kenji Shibuya, Kristjana Sigurbjornsdottir, Angelica Sousa, Niko Speybroeck, Karin Stenberg, Will Stones, Tessa Tan-Torres Edejer, Petra Ten Hoope-Bender, Ann Tinker, Wim Van Damme, Jos Vandelaer, Paul Van Look, Marcel Vekemans, Cesar Victora, Eugenio Villar Montesinos, Yasmin Von Schirnding, Eva Wallstam, Steve Wiersma, Karl Wilhelmson, Lara Wolfson, Juliana Yartey и Jelka Zupan.

В составлении статистических таблиц приняли участие: Elisabeth Aahman, Dorjsuren Bayarsaikhan, Ana Betran, Zulfiqar Bhutta, Maureen Birmingham, Robert Black, Ties Boerma, Cynthia Boschi-Pinto, Jennifer Bryce, Agnes Couffinhal, Simon Cousens, Trevor Croft, David D. Vans, Charu C. Garg, Kim Gustavsen, Nasim Haque, Patricia Hernandez, Ken Hill, Chandika Indikadahena, Mie Inoue, Gareth Jones, Betty Kirkwood, Joseph Kutzin, Joy Lawn, Eduardo Levcovitz, Edilberto Loaiza, Doris Ma Fat, Jose Martines, Elizabeth Mason, Colin Mathers, Saul Morris, Kim Mulholland, Takondwa Mwase, Bernard Nahlen, Pamela Nakamba-Kabaso, Agnes Prudhomme, Rachel Racelis, Olivier Ronveaux, Alex Rowe, Hossein Salehi, Ian Scott, U Than Sein, Kenji Shibuya, Rick Steketee, Ruben Suarez, Tessa Tan-Torres Edejer, Nathalie van de Maele, Tessa Wardlaw, Neff Walker, Hongyi Xu, Jelka Zupan, а также многочисленные сотрудники офисов ВОЗ в различных странах, государственные структуры и агентства, а также международные организации.

Ценные замечания и методические рекомендации дали Denis Aitken и Michel Jancloes. Дополнительная помощь и ценные советы были получены от директоров и сотрудников региональных бюро ВОЗ.

Редактирование оригинальной версии доклада на английском языке было осуществлено Leo Vita-Finzi, при помощи Barbara Campanini. Редакционная, административная и издательская поддержка, а также координация подготовки фотоиллюстраций: Shelagh Probst and Gary Walker. Подготовка версии доклада, помещенной на веб-сайте, а также обеспечение других компьютерных средств размещения и передачи информации: Gael Kernen. Корректорская вычитка: Marie Fitzsimmons. Подготовка предметного указателя: Kathleen Lyle.

Издание на русском языке и покрытие расходов на перевод было осуществлено Европейским региональным бюро ВОЗ. Ведущий переводчик: Vladimir Verbitski.

Авторы фотографий на передней обложке (по часовой стрелке начиная с верхней левой): L. Gubb/ВОЗ; Pepito Frias/ВОЗ; Armando Waak/ВОЗ/ПАОЗ; Carlos Gaggero/ВОЗ/ПАОЗ; Liba Taylor/ВОЗ; Pierre Virot/ВОЗ. Авторы фотографий на задней обложке (слева направо): Pierre Virot/ ВОЗ; J. Gorstein/ ВОЗ; G. Diez/ ВОЗ; Pierre Virot/ ВОЗ. Доклад содержит ряд фотографий, представленных на фотоконкурс ВОЗ на тему сексуального и репродуктивного здоровья «Река жизни 2004».

Дизайн: Reda Sadki
Компьютерная верстка: Издательство «Весь Мир»
Графики и схемы: Christophe Grangier
Ретушь фотографий: Reda Sadki и Denis Meissner
Координация перевода на русский язык, компьютерной верстки и печати: Европейское региональное бюро ВОЗ
Напечатано в Российской Федерации

# содержание

**Послание Генерального директора** ix

**Краткий обзор** xi

Неравномерный прогресс и увеличение различий — что делалось неправильно? xii

Делать правильный технический и стратегический выбор xii

Движение в направлении всеобщего охвата: доступ для всех при наличии финансовой защиты xv

Резюме глав xviii

Глава 1

**Матери и дети нам дороги, так же как и их здоровье** 1

Ранний период развития охраны здоровья матери и ребенка 2

Сегодняшняя ситуация: моральный и политический императив 4

Матери, дети и Цели тысячелетия в области развития 8

Неравноценные достижения в области охраны здоровья детей 9

Смертность новорожденных, которая оказалась «незамеченной» 10

Немногочисленные признаки улучшения показателей материнского здоровья 11

Пестрая картина прогресса, стагнации и регресса 13

Цифры остаются высокими 15

Глава 2

**Препятствия на пути к прогрессу: контекст или политика?** 23

Значение контекста 24

Нищета подрывает прогресс 24

Прямое и косвенное влияние ВИЧ/СПИДа 26

Конфликты и чрезвычайные ситуации ослабляют системы здравоохранения 26

Многоликие проявления отсутствия доступа к помощи 27

Причины исключения из доступа 28

Характерные типы исключения из доступа 32

Различные типы исключения из доступа — различные проблемы 34

Является ли окружная модель верной стратегией развития для достижения всеобщего охвата? 36

Стратегия без ресурсов 36

Можно ли утверждать, что округа не выдержали экзамен? 38

Глава 3

**Большие надежды: обеспечение безопасной беременности** 45

Реализация имеющегося потенциала антенатальной помощи 46

Оправдать надежды беременной женщины 46

Беременность — это период, сам по себе сопряженный с риском 48

Не упускать удобный случай 50

Важнейшие направления будущего развития 52

Не каждая беременность является желанной 54

Планирование беременности еще до того, как она возникнет 54

Небезопасный аборт — важнейшая проблема общественного здравоохранения 56

Контроль осложнений аборта 57

Социальная ценность беременности: вопрос правовой защиты 59

Глава 4
**Оказание помощи при родах 136 миллионам женщин ежегодно** 69
Рискуя жизнью, чтобы дать жизнь 69
Квалифицированная медицинская помощь: во время родов и в последующем 73
Победы и отступления: вопрос развития систем здравоохранения 74
Квалифицированная помощь: пересмотр характера разделения труда 77
Помощь должна быть близкой — и безопасной 78
Резервная помощь в случае осложнений 82
Одновременное развертывание служб 83
Послеродовая помощь имеет не менее важное значение 84

Глава 5
**Новорожденные: не оставлять их больше без внимания** 91
Самый опасный период жизни — ее начало 91
Прогресс и ухудшение 94
Пора заполнить "вакуум" 97
Помощь во время беременности 98
Профессиональная помощь при родах 99
Уход за новорожденным в домашних условиях 101
Обеспечение непрерывности оказания помощи 102
Планирование для обеспечения всеобщего доступа 104
Ориентировочные показатели потребностей в обеспечении медицинской помощью 104
Повод для оптимизма, основания для беспокойства 105
Восполнение нехватки кадровых ресурсов и инфраструктуры 107
Сценарии расширения масштабов помощи 109
Стоимость расширения масштабов помощи 112

Глава 6
**Реформа помощи детям: выживание, рост и развитие** 117
Улучшение шансов на выживание 117
Амбиции движения за распространение первичной медико-санитарной помощи 117
Успехи вертикальных программ 118
Время менять стратегию 119
Объединение более широкого спектра вмешательств 119
Уделять внимание детям, а не только болезням 120
Организация интегрированной помощи детям 123
Семьи и медицинские работники 124
Направление больных детей на последующий уровень оказания помощи 126
Приблизить помощь к ребенку 127
Развертывание мероприятий по охране здоровья детей 128
Затраты на расширение охвата 131
От прогнозирования расходов к расширению масштабов помощи 133

Глава 7
**Приведение охраны здоровья матерей, новорожденных и детей в соответствие с развитием систем здравоохранения** 141
Переориентация программ ОЗМНР 141
Разные целевые аудитории, разные языки 144
Поддержание политической приверженности 147

Восстановление кадровых ресурсов 150
Вопрос не только численности 150
Избавление от наследия небрежения 152
Дестабилизация с наилучшими намерениями 154
Решение проблемы оплаты труда 155
Финансовая защита для обеспечения всеобщего доступа 156
Взамен платы с пользователя — предварительная оплата медицинских услуг, объединение финансовых средств и реформа системы финансирования сектора 157
Оптимизация механизмов финансовой защиты в переходный период 159
Генерализация финансовой защиты 160
Направление финансовых средств по эффективным каналам 160

Статистическое приложение
**Пояснительные комментарии** 171
Таблица 1 приложения
Основные показатели для всех государств-членов ВОЗ 202
Таблица 2а приложения
Показатели смертности детей в возрасте до 5 лет: оценочные данные за 2003 г., среднее ежегодное изменение (в процентах) за 1990–2003 гг., наличие и источники данных за 1980–2003 гг. 210
Таблица 2б приложения
Показатели смертности детей в возрасте до пяти лет (на 1000), полученные непосредственно по результатам эпидемиологических обследований и регистрации рождений и смертей, разделенные по возрастным группам с учетом последнего имеющегося периода или года 214
Таблица 3 приложения
Ежегодное число случаев смерти от разных причин среди детей в возрасте до пяти лет — по регионам ВОЗ, оценочные данные за 2000–2003 гг. 218
Таблица 4 приложения
Ежегодное число случаев смерти от разных причин среди новорожденных — по регионам ВОЗ, оценочные данные за 2000–2003 гг. 218
Таблица 5 приложения
Отдельные показатели национальных счетов здравоохранения: выявленные уровни расходов на охрану здоровья, 1998–2002 гг. 220
Таблица 6 приложения
Отдельные показатели национальных счетов здравоохранения: выявленный уровень расходов на здравоохранение на душу населения, 1998–2002 гг. 228
Таблица 7 приложения
Отдельные показатели качества иммунизации во всех государствах-членах ВОЗ 232
Таблица 8 приложения
Отдельные показатели репродуктивного здоровья, а также здоровья матерей и новорожденных 246

**Предметный указатель** 255

**Иллюстрации**
Рис. 1.1
Замедление темпов снижения детской смертности: наихудшая ситуация в Африке 10
Рис. 1.2
Неонатальная и материнская смертность связаны с отсутствием квалифицированной медицинской помощи во время родов 12

Рис. 1.3
Динамика показателей смертности детей в возрасте до 5 лет, 1990–2003 гг.: прогресс, стагнация или регресс показателей в различных странах 16
Рис. 1.4
Различные типы динамики показателей смертности детей в возрасте до 5 лет, 1990–2003 гг. 16
Рис. 1.5
Показатель материнской смертности, на 100 000 живорождений, в 2000 г. 17
Рис. 1.6
Показатель неонатальной смертности, на 1000 живорождений, в 2000 г. 17
Рис. 2.1
Временное ухудшение показателей материнской смертности в Монголии в начале 1990-х годов 25
Рис. 2.2.
Прекращение роста после значительного прогресса: уровень охвата иммунизацией КДС3 за период с 1980 г. 30
Рис. 2.3.
Различные типы исключения из доступа: массовая депривация при низких уровнях охвата и маргинализация беднейших слоев населения при высоких уровнях охвата 33
Рис. 2.4.
От массовой депривации к картине маргинального исключения из доступа: поднимаясь вверх по ступеням уровня охвата помощью 34
Рис. 2.5.
Разрыв между богатыми и бедными в показателях выживаемости: в одних странах увеличение, в других — уменьшение 35
Рис. 3.1
Рост охвата услугами антенатальной помощи 46
Рис. 3.2
Мировые показатели ежегодных исходов беременности 55
Рис. 3.3
Необходимые обоснования для разрешения искусственного прерывания беременности, принятые в разных странах мира 59
Рис. 4.1
Причины материнской смертности 70
Рис. 4.2
Динамика материнской смертности с 1960-х годов в Малайзии, Таиланде и Шри-Ланке 75
Рис. 4.3
Число лет, потраченное в отдельных странах на снижение в два раза показателей материнской смертности 78
Рис. 5.1
Смертность в возрасте до пяти лет, 2000 г. 92
Рис. 5.2
Число случаев смерти новорожденных в зависимости от причины, 2000–2003 гг. 92
Рис. 5.3
Изменения показателей неонатальной смертности между 1995 г. и 2000 г. 93
Рис. 5.4
Динамика неонатальной смертности в странах Африки характеризуется стагнацией и необычным регрессом 94
Рис. 5.5
Показатели неонатальной смертности ниже, если матери получают квалифицированную медицинскую помощь 100

Рис. 5.6
Доля родов под наблюдением врачей и родов в медицинских учреждениях растет 106
Рис. 5.7
Дефицит кадровых ресурсов в Бенине, Буркина-Фасо, Мали и Нигере, 2001 г. 109
Рис. 5.8
Расходы на расширение масштаба помощи матерям и новорожденным, дополнительно к существующим затратам 110
Рис. 6.1
Интегрированный подход к охране здоровья ребенка 127
Рис. 6.2
Доля округов, где по состоянию на 2003 г. уже был начат процесс обучения и укрепления системы оказания помощи в рамках ИВБДВ 130
Рис. 6.3
Расходы на расширение масштаба вмешательств в области охраны здоровья детей, дополнительно к существующим затратам 132

## Вставки

Вставка 1.1
Основные вехи в истории становления прав матери и ребенка 5
Вставка 1.2
Почему необходимо вкладывать государственные средства в охрану здоровья матери и ребенка? 6
Вставка 1.3
Поворот в сторону ухудшения показателей материнской смертности в Малави 13
Вставка 1.4
Подсчет рождений и смертей 14
Вставка 2.1
Экономический кризис и коллапс системы здравоохранения: фатальная череда событий 25
Вставка 2.2
Каким образом ВИЧ/СПИД оказывает прямое воздействие на здоровье женщин и детей 27
Вставка 2.3
Округа здравоохранения могут прогрессивно развиваться, даже в неблагоприятных условиях 29
Вставка 2.4
Географическое документирование уровней исключения из доступа к акушерской помощи по жизненным показаниям 31
Вставка 2.5.
Создание дееспособных округов здравоохранения: для достижения устойчивых результатов требуются долгосрочные обязательства 39
Вставка 3.1
Снижение бремени малярии среди детей и беременных женщин 49
Вставка 3.2
Анемия — тихий убийца 50
Вставка 3.3
Насилие против женщин 52
Вставка 4.1
Проблема акушерских свищей: вернуть достойную жизнь 73
Вставка 4.2
Депрессия, связанная с беременностью, наносит вред как матери, так и ребенку 74
Вставка 4.3
Скрининг на выявление высокого риска в родах: неутешительные результаты 79

Вставка 4.4
Традиционные повитухи: еще одно разочарование 80
Вставка 4.5
Подготовка медицинских работников к безопасной и эффективной практике 83
Вставка 5.1
Объяснение различий в показателях материнской, неонатальной и детской смертности: влияние помощи или контекста? 95
Вставка 5.2
Выбор пола 98
Вставка 5.3
Злоупотребление медицинскими вмешательствами (чрезмерная «медикализация») 108
Вставка 5.4
Структура предполагаемых затрат на расширение охвата помощью матерей и новорожденных 111
Вставка 6.1
От чего сегодня умирают дети? 121
Вставка 6.2
Как семья может изменить ситуацию 125
Вставка 6.3
Структура предполагаемых расходов на увеличение масштабов помощи 134
Вставка 7.1
Направление международных финансовых средств в сферу охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка 142
Вставка 7.2
Наращивание усилий: партнерства в целях охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка 143
Вставка 7.3
ОЗМНР, проблема нищеты и необходимость в стратегической информации 145
Вставка 7.4
Общесекторальные подходы 146
Вставка 7.5
Восстановление систем здравоохранения в посткризисных условиях 151
Вставка 7.6
Для привлечения гражданского общества требуется поддержка 163

## Таблицы

Таблица 1.1
Неонатальная и материнская смертность в странах, где динамика снижения детской смертности характеризуется состоянием стагнации или регресса 18
Таблица 2.1
Факторы, сдерживающие прогресс 24
Таблица 4.1
Частота возникновения наиболее серьезных осложнений во время родов (на глобальном уровне) 71
Таблица 4.2
Основные характеристики акушерской и неонатальной помощи первого уровня и резервной помощи 81
Таблица 5.1
Ликвидация разрыва между имеющимися и необходимыми мощностями для расширения масштабов помощи первого уровня и резервной помощи матерям и новорожденным в 75 странах (от охвата 43% на сегодняшний день — до 73% к 2015 г. и до всеобщего охвата в 2030 г.) 110
Таблица 6.1
Основные вмешательства, направленные на выживание детей 131

# послание генерального директора

Отцовство и материнство приносят с собой сильное желание увидеть своих детей счастливыми и здоровыми. Это является одной из немногих констант в жизни во всех частях мира. Однако даже в XXI столетии мы по-прежнему допускаем ежегодно смерть свыше 10 млн. детей и половины миллиона матерей, хотя большинство из этих случаев смерти можно избежать. Семьдесят миллионов матерей и их новорожденных младенцев, а также бесчисленное множество детей исключаются из медико-санитарной помощи, на которую они имеют право. Еще больше число тех, кто остается без защиты от нищеты, которую может вызвать плохое состояние здоровья.

Лидеры с готовностью соглашаются с тем, что мы не можем допускать продолжения этой ситуации, однако во многих странах она либо улучшается слишком медленно, либо не улучшается вовсе, а в других она становится еще хуже. Матери, новорожденные и дети представляют собой благополучие общества и его потенциал для будущего. Их потребности в отношении здоровья не могут оставаться неудовлетворенными без вреда для всего общества.

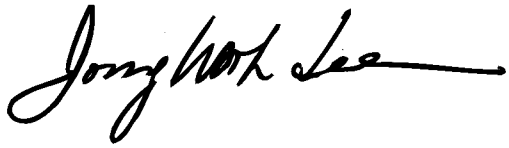
Сами семьи и общины могут сделать многое, чтобы изменить эту ситуацию. Например они могут улучшить положение женщин в обществе, родительский статус, профилактику болезней, помощь больным и оказание услуг. Однако эта область здравоохранения является также обязанностью государства.

Программам общественного здравоохранения необходимо работать вместе, чтобы все семьи имели доступ к континууму помощи от беременности (и даже ранее), родов до детского возраста, а не к фрагментированным службам, которые, как правило, имеются в настоящее время. Бессмысленно оказывать помощь ребенку, игнорируя при этом здоровье матери, или оказывать помощь роженице, не оказывая помощи новорожденному.

Для обеспечения доступа всех семей к помощи правительства должны ускорить создание связанных между собой, комплексных и эффективных систем здравоохранения. Это означает преодоление кризиса трудовых ресурсов, которое, в свою очередь, требует гораздо более высокого уровня финансирования и лучшей его организации для этих аспектов здоровья. Целью должны быть такие системы здравоохранения, которые могут реагировать на эти потребности, ликвидировать финансовые препятствия для помощи и защищать людей от состояния нищеты, которое является как причиной, так и следствием плохого состояния здоровья.

Миру необходимо поддерживать страны, стремящиеся добиться всеобщего доступа и финансовой защиты для всех матерей и детей. Только таким образом мы можем быть уверенными в том, что каждая мать, каждый новорожденный и каждый ребенок, нуждающиеся в помощи, сможет получить ее, и ни один из них не впадет в состояние нищеты из-за стоимости этой помощи. И именно таким образом мы можем двигаться в направлении не только достижения Целей тысячелетия в области развития, но и за их пределы.

**ЛИ Чон-вук**
Генеральный директор
Всемирной организации здравоохранения
Женева, апрель 2005 г.



L. Taylor/WHO

# краткий обзор

*Доклад о состоянии здравоохранения в мире* этого года выходит в то время, когда осталось всего лишь десять лет до достижения Целей тысячелетия в области развития (ЦТР), в которых воплощены согласованные в международных масштабах надежды в области развития для населения всего мира и которые должны быть реализованы к 2015 году. Эти цели подчеркивают значение улучшения здоровья, и особенно здоровья матерей и детей, в качестве неотъемлемой части уменьшения масштабов распространенности нищеты.

Здоровье матерей и детей является приоритетной задачей, которая возникла задолго до 1990-х годов, — она основывается на столетии осуществления программ, деятельности и опыта. Однако новым за последнее десятилетие стал глобальный акцент ЦТР и их четкая направленность на слежение за прогрессом во всех частях мира. Кроме того, со временем изменился характер и приоритетный статус здоровья матери и ребенка (ЗМР). Если ранее матери и дети считались целевыми группами ориентированных на них программ, сейчас они все более требуют доступа к качественной помощи в качестве права, гарантированного государством. При этом простая обеспокоенность здоровьем матери и ребенка преобразуется в моральный и политический долг.

Настоящий доклад определяет «исключение» в качестве ключевой характеристики несправедливости и основного препятствия для прогресса. Во многих странах всеобщий доступ для женщин и детей к помощи, на которую они имеют право, продолжает оставаться далеким от реализации. Критически оценивая неравномерный прогресс, который был достигнут до настоящего времени, доклад излагает стратегии, необходимые для ускоренной реализации улучшений, о которых известно, что они возможны. Необходимо переориентировать технические стратегии, разработанные в рамках программ охраны здоровья матери и ребенка, а также поставить больший акцент на значение проблем здоровья новорожденных, на которые часто не обращалось внимания. В этой связи в докладе предлагается изменить ЗМР на ЗМНР (здоровье матери, новорожденного и ребенка).

Надлежащие технические стратегии улучшения ЗМНР могут быть эффективно внедрены лишь в том случае, если они осуществляются во всех программах и среди всех провайдеров услуг на протяжении всего периода от беременности и родов до детского возраста. Бессмысленно оказывать помощь ребенку и игнорировать мать или беспокоиться о женщине и не обращать внимания на здоровье новорожденного. Обеспечение семьям всеобщего доступа к такому континууму помощи требует, чтобы программы работали вместе, но в конечном счете это будет зависеть от расширения и укрепления систем здравоохранения. В то же время помещение ЗМНР в центр усилий по обеспечению всеобщего доступа является платформой для создания устойчивых систем здравоохранения, существующие структуры которых являются слабыми или хрупкими. Даже если ЦТР не будут полностью достигнуты к 2015 г., движение по направлению к всеобщему доступу потенциально может изменить жизнь миллионов людей в предстоящие десятилетия.

## НЕРАВНОМЕРНЫЙ ПРОГРЕСС И УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗЛИЧИЙ — ЧТО ДЕЛАЛОСЬ НЕПРАВИЛЬНО?

Ежегодно 3,3 млн. младенцев — или, возможно, еще больше, — рождаются мертвыми, более 4 млн. умирают в течение 28 дней после рождения и еще 6,6 млн. детей раннего возраста умирают до достижения ими пяти лет. Число случаев материнской смерти также не уменьшается — ежегодное общее число сегодня составляет 529 000 часто внезапных, непредсказуемых случаев смерти, которые возникают во время собственно беременности (приблизительно 68 000 вследствие небезопасного аборта), во время родов или после рождения ребенка, оставляя после себя осиротевшие семьи, зачастую впавшие в состояние нищеты из-за стоимости медико-санитарной помощи, которая приходит слишком поздно или является неэффективной.

Как оказалось возможным, что эта ситуация продолжается, тогда как причины этих случаев смерти в значительной степени можно было избежать? А также почему по-прежнему необходимо в настоящем докладе подчеркивать значение сосредоточения на здоровье матерей, новорожденных и детей после десятилетий приоритетного статуса и более 10 лет после того, как Международная конференция Организации Объединенных Наций по народонаселению и развитию четко включила в повестку дня вопрос о доступе к репродуктивному здоровью для всех?

Несмотря на то, что в последние годы все большее число стран добилось успеха в улучшении здоровья и благополучия матерей, новорожденных и детей, страны, которые начали с наивысшим бременем смертности и плохого состояния здоровья, в течение 1990-х годов добились наименьшего прогресса. В некоторых странах эта ситуация фактически ухудшилась, и произошло вызывающее беспокойство обращение вспять (регресс) динамики смертности новорожденных, детей и матерей. Прогресс замедлился и во все большей степени является неровным, в результате чего образуются глубокие неравенства между странами, а также между бедными и богатыми внутри стран. Если усилия не будут резко увеличены, вряд ли удастся ликвидировать во всех странах материнскую и детскую смертность, которую можно избежать.

Страны, в которых показатели здоровья матерей, новорожденных и детей оставались неизменными или ухудшились, зачастую были не способны делать достаточно инвестиций в системы здравоохранения. Окружные службы здравоохранения сталкивались с трудностями в организации доступа к эффективной помощи для женщин и детей. Гуманитарные кризисы, повсеместно распространенная бедность и эпидемия ВИЧ/СПИДа, — все это усугубило воздействие экономического спада и кадровый кризис в здравоохранении. В условиях широко распространенного исключения из помощи и растущих неравенств для достижения прогресса необходимо массовое укрепление систем здравоохранения.

Однако технические варианты по-прежнему имеют важное значение, так как в прошлом программы не всегда использовали наилучшие подходы к деятельности по обеспечению доступности хорошей помощи для всех. Слишком часто допускалась раздробленность программы, которая препятствовала непрерывности помощи, или отсутствие в ней должного внимания к необходимости доведения услуг до профессионального уровня. Технический опыт, а также успех и неудачи недавнего прошлого показали, как наилучшим образом двигаться вперед.

## ДЕЛАТЬ ПРАВИЛЬНЫЙ ТЕХНИЧЕСКИЙ И СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ВЫБОР

Нет сомнений в том, что имеются технические знания для реагирования на многие, если не на большинство серьезных проблем и опасностей в области здраво-

охранения, которые влияют на здоровье и выживание матерей, новорожденных и детей. Стратегии, с помощью которых семьи и системы здравоохранения совместно могут обеспечить реализацию этих технических решений для всех в правильном месте и в надлежащее время, также становятся все более четкими.

Самым ярким примером успеха является антенатальная (дородовая) помощь: спрос увеличился и продолжает увеличиваться в большинстве стран мира. Однако можно больше извлечь из значительного потенциала антенатальной помощи, ставя особый акцент на эффективные мероприятия и используя их в качестве платформы для других программ здравоохранения, таких как борьба с ВИЧ/СПИДом и профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем, инициативы по туберкулезу и малярии, а также планирование семьи. Работники здравоохранения также могут больше использовать антенатальную помощь для оказания содействия матерям в подготовке к родам и родительскому статусу или для оказания им помощи в решении проблем внешней среды, которая не всегда благоприятствует здоровой и счастливой беременности. Беременные женщины, особенно подростки, могут подвергаться насилию, дискриминации на рабочем месте или в школе, или же маргинализации. Такие проблемы необходимо решать также, но не исключительно, посредством улучшения социальных, политических и правовых условий. Показательным является то, как общество решает проблему многих миллионов случаев непредусмотренной, несвоевременной и нежелательной беременности. По-прежнему в значительной степени не удовлетворены потребности в контрацепции, а также в большей и лучшей информации и в лучшем просвещении. Имеется также реальная необходимость обеспечить в максимальной степени, допускаемой законом, доступ к внимательной и высококачественной помощи после аборта и к безопасным услугам по проведению аборта.

Оказание помощи при всех 136 млн. случаев родов, происходящих ежегодно, является одной из крупных задач, которые стоят в настоящее время перед системами здравоохранения во всем мире. Эта задача еще более увеличится в ближайшем будущем, так как крупные контингенты молодых людей вступят в репродуктивный возраст, главным образом в тех частях мира, в которых рожать наиболее опасно. Женщины, давая жизнь, рискуют умереть, но при квалифицированной и ответственной помощи во время и после родов почти все летальные исходы и инвалидизирующие последствия могут быть предотвращены (как, например, тяжелые проявления акушерских свищей), и можно облегчить многие страдания. Рождение ребенка является главным событием в жизни семьи и в построении общества; оно должно таковым оставаться, но должно быть также безопасным. Для достижения оптимальной безопасности каждая женщина без исключения во время родов должна получать профессиональную квалифицированную помощь в надлежащих условиях, близких к тем, в которых она живет и которые не противоречат местным культурным традициям. Такая помощь наилучшим образом может быть предоставлена дипломированной акушеркой или работником здравоохранения, имеющим навыки акушерства, в децентрализованных учреждениях первого уровня. В таких условиях можно предотвратить, сдержать или разрешить многие угрожающие жизни проблемы, которые могут возникнуть во время родов, и снизить материнскую смертность до поразительно низких уровней. Однако квалифицированные акушерки нуждаются в поддержке, которую могут предоставить только больницы в тех случаях, когда женщины имеют проблемы, которые выходят за пределы компетентности, или имеющегося оборудования на первом уровне помощи. Всем женщинам необходима акушерская помощь первого уровня, а резервная помощь необходима лишь для меньшинства, но для того, чтобы быть эффективными, оба уровня должны работать вместе и оба должны создаваться одновременно.

Необходимость помощи не прекращается после завершения родов. Часы, дни и недели после родов могут быть опасными для женщин, а также для их

младенцев. Заслуживающий одобрения акцент, который ставится в последние годы на улучшение квалифицированной помощи при родах, не должен отвлекать внимание от этого важного периода, в течение которого происходит половина случаев материнской смерти, а также значительное число случаев болезни. Необходимо в неотложном порядке разработать эффективные способы организации непрерывной помощи в течение первых недель после родов, то есть в тех случаях, когда обязанности служб здравоохранения часто являются плохо определенными или нечеткими.

Отсутствие помощи для женщин в послеродовой период является также отсутствием помощи для новорожденного. Хотя картина неудовлетворенных потребностей новорожденных по-прежнему является очень неполной, она свидетельствует о том, что проблемы здоровья новорожденных не получают должного внимания и недостаточно оцениваются. Как представляется, оказание помощи новорожденным младенцам попадает в промежуток между программами безопасного материнства, с одной стороны, и инициативами выживания ребенка, с другой. Смертность новорожденных составляет заметную долю смертности детей в возрасте до пяти лет. Очевидно, что ЦТР в отношении детской смертности не будут достигнуты без существенных достижений для новорожденных. Несмотря на то, что в мире произошел некоторый спад неонатальной смертности (например, вакцинация развивается достаточно хорошо, чтобы ликвидировать столбняк в качестве причины неонатальной смерти), в некоторых странах, расположенных к югу от Сахары, наблюдается обратная тенденция, которая является как необычной, так и вызывающей беспокойство.

Прогресс в отношении здоровья новорожденных не требует дорогостоящей технологии. Тем не менее, он требует таких систем здравоохранения, которые обеспечивают непрерывность помощи с начала беременности (и даже ранее) и ее продолжение посредством профессиональной квалифицированной помощи от рождения до постнатального периода. Наиболее важной является необходимость на деле обеспечить часто пренебрегаемую передачу деликатных полномочий от акушерской к неонатальной службе. Новорожденные, которые вскармливаются грудью, находятся в атмосфере любви и тепла, в большинстве случаев будут чувствовать себя хорошо, но проблемы могут возникнуть и возникнут. Важно предоставить семьям, особенно матерям и отцам, такие полномочия, чтобы они могли хорошо ухаживать за своими детьми, на раннем этапе распознавать опасности и получать профессиональную помощь сразу же, как только возникнут сложности.

Наибольшие опасности для жизни возникают в самом ее начале, но они не исчезают по мере перехода новорожденного в младенческий и ранний детский возраст. Повестки дня программ по преодолению болезней, предупреждаемых с помощью вакцин, недостаточности питания, диареи или респираторных инфекций по-прежнему в значительной степени не выполнены. Например, иммунизация достигла удовлетворительного прогресса в некоторых регионах, но в других охват остановился на уровнях между 50% и 70%, поэтому должен быть найден новый импульс. В то же время эти программы совершили такие крупномасштабные действия в отношении бремени болезней, что во многих странах его профиль изменяется. Сейчас необходимы более комплексные подходы: во-первых, эффективно работать с изменяющимся спектром проблем, которые требуют внимания; во-вторых, расширить основной акцент помощи от выживания ребенка к его росту и развитию. Именно это необходимо с точки зрения общественного здравоохранения; это является также тем, чего ожидают семьи.

Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИВБДВ) объединяет группу эффективных мероприятий для предотвращения смерти и улучшения здорового роста и развития. Являясь бóльшим, чем простое добавление множества мероприятий к одному каналу оказания услуг, ИВБДВ изменило то, как

системы здравоохранения относятся к оказанию помощи детям, и вышло за пределы просто лечения болезней. ИВБДВ имеет три компонента: улучшение навыков работников здравоохранения для лечения болезней и оказание консультативной помощи семьям, укрепление поддержки со стороны системы здравоохранения, а также оказание помощи семьям и общинам в обеспечении здорового развития детей и преодоления плохого состояния здоровья в тех случаях, когда оно возникает. Таким образом, ИВБДВ вышло за пределы традиционного представлений о сотрудниках медико-санитарного центра, обеспечивающих определенный набор медицинских мероприятий для обслуживаемого им населения. Оно приближает помощь к дому, улучшая в то же время связи со специалистами и больничной помощью; сейчас задача состоит в том, чтобы предоставить ИВБДВ для всех семей, имеющих детей, и создать такие условия, чтобы они могли получать такую помощь, когда она необходима.

## ДВИЖЕНИЕ В НАПРАВЛЕНИИ ВСЕОБЩЕГО ОХВАТА: ДОСТУП ДЛЯ ВСЕХ ПРИ НАЛИЧИИ ФИНАНСОВОЙ ЗАЩИТЫ

Широко признано, что даже если все правильные технические решения приняты, программы охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка будут эффективными лишь в том случае, если вместе с семьями и общинами они создадут континуум помощи от беременности и родов до детского возраста. Такая непрерывность требует значительного укрепления систем здравоохранения, причем оказание помощи матерям, новорожденным и детям должно находиться в центре стратегий по их разработке. Это заставляет программы и участников с различным опытом, интересами и членским составом объединить усилия. Общим проектом, который может объединить различные повестки дня, является всеобщий доступ к помощи. Это вопрос не только тонкой настройки пропагандистского языка: это помещает здоровье матерей, младенцев и детей в более широкий целенаправленный политический проект, отвечающий на требование общества в отношении защиты здоровья его граждан и доступа к помощи — требование, которое все больше считается законным. Вместе с тем, не следует недооценивать масштабы задачи расширения деятельности в направлении обеспечения всеобщего доступа.

Обеспечение всем детям пакета основных мероприятий в области охраны здоровья ребенка, необходимых для соответствия ЦТР и выхода за их пределы, является технически возможным в течение следующего десятилетия. В 75 странах, на которые приходится наибольшее число случаев детской смерти, это потребует, помимо текущих расходов, 52,4 млрд. долл. США, из которых 25 млрд. долл. США представляют дополнительные расходы на людские ресурсы. Эта сумма в 52,4 млрд. долл. США соответствует увеличению существующих в настоящее время 6% от нынешних средних государственных расходов на здравоохранение в этих странах до 18% к 2015 г. В 21 стране, которые сталкиваются с наибольшими препятствиями и в которых вероятна довольно большая задержка, нынешние государственные расходы на здравоохранение должны возрасти на 27% в 2006 г. и увеличиться приблизительно до 76% в 2015 г.

Для оказания помощи матерям и новорожденным всеобщий доступ является еще более отдаленным. Можно предусмотреть различные сценарии увеличения услуг, учитывая конкретные обстоятельства в каждой из тех же 75 стран. В настоящее время приблизительно 43% матерей и новорожденных получают некоторую помощь, но ни в коей мере весь диапазон того, в чем они нуждаются, хотя бы только для того, чтобы избежать случаев материнской смерти. Осуществление оптимистичных, но также реалистичных сценариев для каждой

из 75 стран обеспечит доступ ко всему пакету помощи первого уровня и резервной помощи в 2015 г. 101 млн. матерей (приблизительно 73% ожидаемых рождений) и их младенцам. Если эти сценарии будут осуществлены, ЦТР в отношении здоровья матерей не будут достигнуты в каждой стране, но во всем мире будет происходить сокращение материнской и перинатальной смертности. Расходы на осуществление этих 75 страновых сценариев составят порядка 39 млрд. долл. США в дополнение к нынешним расходам. Это соответствует увеличению на 3% в 2006 г. и достижению 14% за ряд лет нынешнего среднего уровня государственных расходов на здравоохранение в этих странах. В 20 странах, имеющих в настоящее время самый низкий охват и сталкивающихся с наибольшими препятствиями, нынешние государственные расходы на здравоохранение должны увеличиться на 7% в 2006 г. и достичь 43% в 2015 г.

Привлечение трудовых ресурсов в здравоохранение, необходимых для увеличения масштабов услуг в области здоровья матерей, новорожденных и детей до достижения всеобщего доступа, является первой и наиболее неотложной задачей. Восполнение продолжающейся нехватки и дисбаланса в распределении кадров работников здравоохранения во многих странах по-прежнему будет серьезной задачей в предстоящие годы. Дополнительная работа, необходимая для увеличения масштабов деятельности по оказанию помощи детям, требует усилий, эквивалентных 100 000 занятых полное рабочее время медицинских работников общего профиля, дополнительную помощь которым, в соответствии с рассчитанными сценариями, должны оказывать 4,6 млн. коммунальных медико-санитарных работников. Прогнозируемые потребности в кадрах для расширения охвата помощи для матерей и новорожденных предполагают подготовку в течение предстоящих 10 лет дополнительно по крайней мере 334 000 акушерок — или эквивалентных специалистов, — а также повышение квалификации 140 000 работников здравоохранения, которые в настоящее время оказывают материнскую помощь первого уровня, и 27 000 врачей, которые в настоящее время не имеют опыта по оказанию резервной помощи.

Без планирования и создания потенциала на национальном уровне и в периферических службах здравоохранения будет невозможно исправить недостатки и улучшить сочетание квалификаций и условий работы. Однако планирования недостаточно, чтобы компенсировать многие годы разрушений, которые нанесли ущерб развитию трудовых ресурсов. После ряда лет пренебрежения возникли проблемы, которые требуют немедленного внимания: прежде всего, это давно стоящий вопрос вознаграждения работников.

Во многих странах уровни заработной платы обоснованно считаются несправедливыми и недостаточными для обеспечения прожиточного минимума, не говоря уж о том, чтобы ответить на ожидания специалистов здравоохранения. Эта ситуация является одной из главных причин отсутствия мотивации, низкой производительности и различных видов «утечки мозгов» и миграции: из сельских районов — в городские, из государственного сектора — в частный и из бедных — в более богатые страны. Она также серьезным образом препятствует правильному функционированию служб, поскольку работники здравоохранения занимаются двойной практикой, чтобы улучшить свои условия жизни или просто чтобы свести концы с концами, что ведет к конкуренции за время, потере ресурсов для государственного сектора и конфликту интересов при работе с клиентами. Имеются еще более серьезные последствия, когда работники здравоохранения прибегают к грабительской практике: финансовая эксплуатация может оказывать катастрофическое воздействие на пациентов, которые используют услуги, и создавать препятствия для доступа других людей; она способствует кризису доверия к услугам, на которые имеют право матери и дети.

В неотложном порядке необходимо разработать и применить целый ряд мер, чтобы разорвать порочный круг и возвратить производительность и преданность вновь на тот уровень, который соответствует ожиданиям населения

и к которому стремится большинство работников здравоохранения. Наиболее сложной из них является восстановление уровня вознаграждения работников. Даже скромной попытки сделать это, такой как удвоение или даже утроение общей суммы окладов трудовых ресурсов и преимуществ в 75 странах, для которых были составлены сценарии, может по-прежнему быть недостаточно, чтобы привлечь, сохранить и перегруппировать квалифицированных сотрудников. Однако это будет соответствовать увеличению на 2%, а за 10 лет до 17% нынешних государственных расходов на здравоохранение только за счет выплат работающим в области ЗМНР. Такая мера будет иметь политические и макроэкономические последствия, и ее невозможно осуществить без крупных усилий не только со стороны правительств, но и посредством международной солидарности. В самом начале десятилетия, которое будет сосредоточено на людских ресурсах для здравоохранения, это потребует фундаментальных обсуждений как в странах, так и на международном уровне, объема средств, которые могут быть выделены, а также каналов такого финансирования. Это имеет самое большое значение в связи с тем, что реабилитация вознаграждения работников является лишь частью ответа: создание атмосферы стабильности и надежды также важны для придания специалистам здравоохранения уверенности, которая им необходима для эффективной и преданной работы.

В то же время обеспечение всеобщего доступа является не только вопросом увеличения оказания услуг и оплаты труда провайдеров медико-санитарной помощи. Для обеспечения оказания услуг финансовые препятствия для доступа должны быть устранены, а пользователям должна быть обеспечена предсказуемая финансовая защита от расходов на поиск помощи, и особенно от катастрофических выплат, которые могут погрузить семьи в состояние нищеты. Такие катастрофические выплаты возникают в тех случаях, когда с пользователей взимается значительная плата, семьи имеют ограниченные возможности для оплаты услуг, а создание пулов и предварительная оплата не получили широкого распространения. Для достижения финансовой защиты, которая должна происходить одновременно со всеобщим доступом, странам всего мира следует отказываться от взимания платы с пользователей, будь то официальной или неофициальной, и широко распространить системы предварительной оплаты и создания пулов. В тех случаях, когда они выберут вариант обеспечения финансовой защиты на основе фондов, формируемых за счет налогов, посредством медико-социального страхования или в результате сочетания различных систем, важное значение имеют два аспекта: во-первых, в конечном счете не должны быть исключены никакие группы населения; во-вторых, службы охраны здоровья матери и ребенка должны находиться в центре охраны здоровья населения, и они должны финансироваться последовательным образом в рамках выбранной системы. Хотя переход от ситуации ограниченных поставок услуг, высоких выплат наличными и исключения самых бедных к ситуации всеобщего доступа и финансовой защиты может занять многие годы, расширение сетей оказания медико-санитарной помощи должно осуществляться параллельно с созданием таких механизмов страхования.

Финансирование является определяющим фактором планирования оказания помощи матерям, новорожденным и детям. Во-первых, увеличение финансирования необходимо для оплаты создания системы оказания услуг с целью всеобщего доступа. Во-вторых, системы финансовой защиты должны быть созданы одновременно с улучшением доступа. В-третьих, направление увеличенных средств, как внутренних, так и международных, должно гарантировать гибкость и предсказуемость, которые дают возможность преодолеть основные препятствия систем здравоохранения, особенно проблемы, стоящие перед работниками.

Направление увеличенных потоков финансирования через национальные системы страхования здоровья — будь то системы, организованные на основе

взимания налогов, системы медико-социального страхования или смешанные системы, — обеспечивает наилучшие перспективы для одновременного решения этих трех задач. Это требует крупных усилий по созданию потенциала, но в то же время обеспечивает возможность защиты финансирования работников в государственном секторе и политики реформ сектора здравоохранения, а также на форумах, на которых определяются макроэкономическая политика и политика уменьшения масштабов нищеты. Это дает возможность решить проблемы вознаграждения и улучшить условия работы работников здравоохранения таким образом, который обеспечивает для них долгосрочные обоснованные перспективы, что не может обеспечить традиционное составление бюджетов или временные решения финансирования проектов.

Несмотря на то, что усилия по обеспечению финансирования, вероятно, вполне могут быть реализованы в ряде стран, во многих из них они выходят за пределы возможностей только правительств. Как странам, так и международному сообществу необходимо будет проявить устойчивую политическую приверженность, чтобы мобилизовать и перераспределить значительные ресурсы, которые необходимы, чтобы создать институциональный потенциал для их использования и обеспечить, чтобы охрана здоровья матери, новорожденных и детей оставалась в центре этих усилий. Настоящее десятилетие может стать десятилетием ускорения движения в направлении всеобщего охвата с доступом для всех и финансовой защитой. Это обеспечит такое положение, при котором никто из нуждающихся матерей, новорожденных и детей не останется без помощи, так как для нас дороги каждая мать и каждый ребенок.

## РЕЗЮМЕ ГЛАВ

### Глава 1. Матери и дети нам дороги, так же как и их здоровье

В настоящей главе говорится о том, каким образом здоровье матери и ребенка стало в XX веке одним из приоритетов общественного здравоохранения. В течение многих столетий уход за матерью и ребенком раннего возраста всегда рассматривался в качестве домашней работы — удела матерей и повитух. В XX веке эта чисто домашняя забота была поставлена во главу угла общественного здравоохранения. В начале XXI века она была перенесена в контексте ЦТР в центр борьбы против нищеты и неравенства в качестве одного из вопросов прав человека. Это смещение акцента имеет далеко идущие последствия в плане того, каким образом наш мир реагирует на очень неодинаковый прогресс в различных странах.

В данном докладе кратко излагается нынешняя ситуация со здоровьем матерей, новорожденных и детей. Прогресс большей частью обнаруживается в тех странах, где положение в этой области было относительно хорошим в начале 1990-х годов. В то же время страны, которые начали работу в этом направлении с высоких показателей смертности, — это как раз те страны, прогресс в которых вызывает самое большое разочарование.

На глобальном уровне показатели смертности среди детей в возрасте до пяти лет в течение последней части XX столетия снизились: со 146 на 1000 живорождений в 1970 г. до 79 в 2003 г. Однако на пороге тысячелетия эта общая тенденция в некоторых частях мира стала давать сбои. Если в таких регионах ВОЗ, как Америка, Юго-Восточная Азия и Европа, прогресс продолжался или ускорялся, то в регионах Африки, Восточного Средиземноморья и Западной части Тихого океана происходило его замедление. В 93 странах, в которых проживает 40% от общей численности населения, смертность среди детей в возрасте до пяти лет быстро снижается. В следующей группе из 51 страны, где

проживает 48% от общей численности мирового населения, наблюдается более слабый прогресс: они смогут достичь ЦТР только в том случае, если темпы этого прогресса существенно увеличатся. Еще бóльшую тревогу вызывает ситуация в 43 странах, в которых проживают остальные 12% от общей численности мирового населения, где показатель смертности среди детей в возрасте до пяти лет, с которого приходится начинать работу, высокий или очень высокий, и в настоящее время сохраняется на этом же уровне или даже повышается.

Надежные данные о новорожденных стали доступными только в последнее время и поддаются толкованию с еще бóльшим трудом. Самые последние оценки показывают, что показатель смертности среди новорожденных существенно выше по сравнению с тем, что считалось ранее, и составляет 40% от показателя смертности среди детей в возрасте до пяти лет; в настоящее время в странах с высоким уровнем доходов показатель смертности среди новорожденных составляет менее 2%. Как представляется, этот разрыв между бедными и богатыми странами продолжает увеличиваться.

В настоящее время в мире около 300 млн. женщин страдают от долговременных или кратковременных болезней, причиной которых является беременность или роды. Что касается 529 000 ежегодных случаев смерти матерей, в том числе 68 000 случаев, причиной которых является небезопасное прекращение беременности, то они распределены даже еще более неравномерно по сравнению со смертностью новорожденных и детей: в богатых странах на них приходится всего лишь 1%. В настоящее время наблюдается определенный прогресс, который подтверждается результатами работы по отслеживанию показателей, которые свидетельствуют о расширении в течение 1990-х годов практики оказания медико-санитарной помощи в ходе беременности и во время родов во всех регионах, за исключением стран Африки, расположенных к югу от Сахары, однако общая картина не обнаруживает существенных улучшений, а отсутствие надежной информации о судьбе матерей во многих странах — и о судьбе новорожденных — продолжает вызывать то же чувство тревоги, что и раньше.

## Глава 2. Препятствия на пути к прогрессу: контекст или политика?

В этой главе сделана попытка объяснить причины, по которым прогресс в деле улучшения охраны здоровья матери и ребенка во многих странах, как представляется, стал давать сбой. Совершенно ясно, что замедление прогресса, застой и движение вспять связаны с нищетой, гуманитарными кризисами и, прежде всего в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, с прямыми и косвенными последствиями ВИЧ/СПИДа. Это является, по крайней мере отчасти, причиной усиления или сохранения тенденции к тому, что люди лишаются доступа к медико-санитарной помощи. Во многих странах многие женщины и дети не могут воспользоваться даже самыми элементарными медико-санитарными услугами: теми услугами, которые нужны хотя бы для того, чтобы просто выжить.

Конкретные причины проявления и характерные особенности сложившейся ситуации с отсутствием доступа в разных странах неодинаковы. В некоторых странах это отсутствие доступа носит маргинальный характер: большинство населения пользуется доступом к системам медико-санитарного обслуживания, но большая группа людей, как и раньше, не имеет к ним никакого доступа. В других странах, зачастую в самых бедных, лишение доступа к этим услугам носит массовый характер: удовлетворительным доступом пользуется лишь незначительное меньшинство — обычно состоятельная часть городского населения, в то время как подавляющее большинство полностью лишено какого бы то ни было доступа. Сеть медико-санитарных учреждений в этих странах характеризуется низкой плотностью, слабостью и хрупкостью.

Задачи в области политики варьируются в зависимости от характера сложившейся ситуации в этой области. Многие страны организовали свои системы медико-санитарной помощи по принципу округов здравоохранения, при этом костяком этой системы являются центры здравоохранения и окружные специализированные больницы. Эти системы организации во многих случаях обеспечивались ресурсами столь плохо, что они развалились, не дав ожидаемых результатов. В этой главе приводятся доводы в пользу того, что организация здравоохранения по принципу окружной модели до сих пор продолжает оставаться рациональным способом организации децентрализованной системы медико-санитарной помощи на государственном уровне, однако для получения устойчивых результатов нужны долгосрочные обязательства и инвестиции.

## Глава 3. Большие надежды: обеспечение безопасной беременности

В этой главе рассматриваются три самых важных способа, с помощью которых можно улучшить исход беременности: обеспечение полноценной антенатальной помощи, применение надлежащих методов профилактики и лечения последствий нежелательной беременности и улучшение заботы о беременных женщинах в целом.

Примером успеха является антенатальная помощь: охват населения в мире в 1990-е годы увеличился на 20% и продолжает увеличиваться в большинстве регионов мира. Стремление обеспечить хороший исход беременности привело к тому, что женщины стали самой крупной группой населения, которая активно пользуется медико-санитарными услугами. Антенатальная помощь дает возможность пользоваться не просто медико-санитарной помощью, связанной с беременностью, — она дает гораздо больше. В настоящее время потенциальные возможности содействия здоровому образу жизни используются недостаточно, так же как недостаточно используется и система дородовой помощи в качестве платформы для разработки программ по решению проблем неправильного питания, ВИЧ/СПИДа и инфекционных болезней, передаваемых половым путем, малярии и туберкулеза и по расширению практики планирования семьи. Антенатальные консультации являются идеальным случаем для составления соответствующих планов в связи с рождением ребенка, которые могли бы обеспечить безопасные условия принятия родов и оказать помощь матерям в подготовке к выполнению своих родительских функций.

В этой главе излагаются основные направления работы на будущее, включая необходимость повышения качества медико-санитарного обслуживания и дальнейшего увеличения охвата.

Даже в тех сообществах, где беременности придается большое значение, положение беременной женщины нередко незавидное. Во многих местах необходимо улучшить социальные, политические и правовые условия, с тем чтобы повысить во многих случаях низкий статус женщин и искоренить практику насилия и дискриминации, которой они подвергаются на рабочем месте или в школе, или их маргинализацию. Ликвидация источников социального отчуждения столь же важна, как и обеспечение дородовой помощи.

Количество случайной, не рассчитанной по времени или нежелательной беременности составляет, по оценкам, 87 млн. в год. Для предупреждения нежелательной беременности — хотя предупредить все случаи такой беременности не сможет никакая политика в области планирования семьи — все еще нужны огромные инвестиции в контрацепцию, информацию и просвещение, потребности в которых все еще не удовлетворены. Более половины женщин этой категории — 46 млн. в год — прибегают к искусственному аборту: из них 18 млн. делают это в небезопасных условиях, что представляет собой крупнейшую

проблему общественного здравоохранения. Вместе с тем, можно избежать всех этих 68 000 случаев смерти, а также инвалидности и страданий, которые являются следствием небезопасных абортов. И это не только вопрос о том, каким образом та или иная страна устанавливает, какое действие является законным, а какое нет, но и о том, каким образом гарантировать женщинам доступ, допускаемый в максимальной степени законом, к системе преждевременного прекращения беременности и послеоперационного ухода высокого качества, с чутким реагированием на нужды пациентов.

## Глава 4. Оказание помощи при родах 136 миллионам женщин ежегодно

В этой главе анализируются серьезные осложнения при родах и основные причины материнской смертности. Непосредственные причины материнской смертности включают: кровотечение, инфекцию, эклампсию, затрудненные роды и небезопасный аборт. Рождение ребенка — это момент большого риска, однако во многих ситуациях более половины случаев материнской смертности имеют место в послеродовой период. Для того чтобы предотвратить как можно большее число случаев смерти и стойких нарушений здоровья, связанных с родами, существуют эффективные меры. Успешная практика снижения материнской смертности и смертности новорожденных свидетельствуют о том, что квалифицированная медицинская помощь в ходе и после родов может изменить ситуацию и спасти от смерти как женщин, так и их новорожденных. Это справедливо и в обратном случае: нарушение доступа к квалифицированной помощи может быстро привести к увеличению случаев неблагоприятного исхода.

Квалифицированная акушерская и неонатальная помощь нужна всем матерям и новорожденным, а не только тем, которые, как считается, подвергаются конкретному риску возникновения осложнений: она должна быть близкой к тому месту, где живут люди, и соответствовать тем условиям, которые там существуют, она должна хорошо подходить для принятой среди них культуры, связанной с рождением ребенка, но в то же время она должна быть безопасной и предполагать помощь квалифицированного специалиста, который сможет незамедлительно принять нужные меры в случае осложнений. Такое родовспоможение может быть лучше всего обеспечено дипломированной акушеркой или специалистом-медиком, обладающим аналогичной компетенцией, в соответствующих родильных домах. Эти профессиональные работники могут предупредить, не допустить или разрешить многие из зачастую непредсказуемых и опасных для жизни проблем, которые могут возникнуть во время родов, и тем самым свести уровень материнской смертности к исключительно низким уровням. Однако им нужна поддержка, которая может быть обеспечена только в условиях стационара, где матерям может быть оказана помощь в случае возникновения проблем, которые выходят за рамки их компетенции или не могут быть устранены с помощью имеющегося у них оборудования. Всем женщинам нужна помощь первого уровня, а дополнительная поддержка нужна только в меньшинстве случаев, однако для обеспечения эффективности оба эти вида помощи должны «работать в тандеме» и оказываться одновременно. Во многих странах послеродовая помощь оказывается даже реже, чем помощь при принятии родов. Это исключительно важная область, где есть много возможностей для улучшения.

## Глава 5. Новорожденные: не оставлять их больше без внимания

До недавнего времени реальные усилия по решению конкретных проблем со здоровьем новорожденных практически не прилагались. Отсутствие преем-

ственности между программами по охране здоровья матери и ребенка приводит к тому, что оказание помощи новорожденным осталось без внимания.

Каждый год около 3,3 млн. детей появляются на свет мертворожденными, а еще свыше 4 млн. умирают в течение 28 дней после того, как они родились. Случаи смерти детей в ходе этого неонатального периода столь же многочисленны, как и в случае следующих 11 месяцев жизни или среди детей в возрасте от 1 до 4 лет. Квалифицированная медицинская помощь в ходе беременности, во время родов и в послеродовой период имеет столь же важное значение для новорожденного, как и для его матери. Таким образом проблема заключается в поиске более эффективного способа налаживания постоянной системы ухода в течение всего периода: в ходе беременности, во время родов и в то время, когда мать находится со своим ребенком дома. Если слабым звеном в цепочке медико-санитарного обслуживания является профессиональная помощь при принятии родов, то столь же проблематичной является и медико-санитарная помощь в течение первых недель жизни в силу того, что обязанности со стороны специалистов и программ зачастую четко не определены.

В настоящей главе излагается целый ряд контрольных показателей, определяющих потребности в кадровых ресурсах и сетях медико-санитарного обслуживания, для обеспечения первого уровня медико-санитарной помощи для всех матерей и новорожденных и ее поддержки. Во многих странах ощущается серьезная нехватка объектов инфраструктуры и, что исключительно важно, кадровых ресурсов. Ряд сценариев по наращиванию масштабов работы в целях обеспечения универсального доступа как к медико-санитарной помощи для матерей и новорожденных первого уровня, так и резервной помощи для этой категории лиц в 75 странах, свидетельствует в пользу вполне реального увеличения охвата населения от нынешних 43% в настоящее время (с ограниченным набором медико-санитарных услуг) до приблизительно 73% (с полным набором таких медико-санитарных услуг) в 2015 г. Расходы по реализации этих сценариев составят 1 млрд. долл. США в 2006 г. и увеличатся по мере расширения охвата до 6 млрд. долл. США в 2015 г. В общей сложности это составит 39 млрд. долл. США в течение десяти лет, в дополнение к нынешним расходам на обеспечение здоровья матери и ребенка. Это соответствует первоначальным расходам в размере приблизительно 0,22 долл. США на душу населения в год с последующим увеличением до 1,18 долл. США в 2015 г. Предварительная оценка потенциального воздействия этого наращивания средств дает возможность сделать вывод о том, что материнская смертность в этих 75 странах снизится с 485 (совокупный уровень за 2000 г.) до 242 на 100 000 рождений, а неонатальная смертность с 35 до 29 на 1000 живорождений к 2015 г.

## Глава 6. Реформа помощи детям: выживание, рост и развитие

Углубление знаний означает, что в настоящее время существуют технически подходящие эффективные меры по снижению детской смертности и укреплению здоровья детей. Сейчас необходимо применить эти меры в гораздо более широких масштабах.

В настоящей главе разъясняется, каким образом в 1970-х и 1980-х годах «вертикальные» программы позволили добиться неоспоримо быстрых и существенных результатов. Так, например, были приняты и получили весьма эффективное распространение такие меры, как Расширенная программа иммунизации и инициативы по проведению пероральной регидратации в сочетании с современной системой ведения болезней и использования простых технологий на основе результатов надежных исследований.

Однако в случае всех этих весьма впечатляющих результатов со всей очевидностью выявляются недостатки, присущие «вертикальным» подходам. В то

же время становится ясным, что для удовлетворения потребностей ребенка нужен более комплексный подход как для того, чтобы улучшить его состояние здоровья, так и для того, чтобы отреагировать на реальные нужды семей. Решением этой проблемы явилась разработка пакета простых, доступных и эффективных мер по комплексному ведению основных детских болезней и неправильного питания в соответствии с Интегрированным ведением болезней детского возраста (ИВБДВ). ИВБДВ позволяет комбинировать меры, направленные на предупреждение случаев смерти, с учетом изменяющего характера причин смертности, однако эта система также включает меры и подходы по улучшению здорового роста и развития детей. Система ИВБДВ не просто предусматривает включение дополнительных программ, реализуемых по единственному каналу оказания помощи, ( она позволила сделать шаг вперед в попытке изменить отношение к охране здоровья ребенка, сложившееся в рамках системы здравоохранения, расширив в этих целях охват медико-санитарной помощью, начиная с семьи и общины и заканчивая медицинским учреждением первого уровня и специализированными больницами, с акцентом в работе на консультирование и решение возникающих проблем.

Многие дети до сих пор не могут пользоваться преимуществами всесторонней и комплексной системы медико-санитарной помощи. По мере перехода программ укрепления здоровья детей на более высокий уровень интеграции необходимо стремиться к обеспечению всестороннего охвата. Увеличение масштабов основных мер в целях обеспечения полного охвата приведет к снижению распространенности состояний и обусловленных ими случаев фатального исхода среди детей в возрасте до пяти лет, причем до такого уровня, который позволил бы странам не только достичь показателей, предусмотренных ЦТР, но и превысить их. Однако без массированного увеличения расходов на здоровье детей сделать это невозможно. Расходы по реализации сценариев достижения полного охвата в 75 странах составят в 2,2 млрд. долл. США в 2006 г. и увеличатся по мере расширения охвата до 7,8 млрд. долл. США в 2015 г.: в общей сложности это составит 52,4 млрд. долл. США в течение десяти лет, в дополнение к нынешним расходам на охрану здоровья детей. Это соответствует первоначальным расходам в размере приблизительно 0,47 долл. США на душу населения в год, с последующим увеличением до 1,48 долл. США в 2015 г.

## Глава 7. Приведение охраны здоровья матерей, новорожденных и детей в соответствие с развитием систем здравоохранения

В этой последней главе рассматривается место охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка в более широком контексте развития системы здравоохранения. Сегодня вопросы здоровья матери и ребенка уже обсуждаются не с чисто технической точки зрения, а в качестве более широкого круга вопросов, касающихся универсального доступа. Это переводит данную работу в плоскость чисто политического проекта: удовлетворение спроса общества на охрану здоровья своих граждан и доступа к медико-санитарной помощи — спроса, который все чаще и чаще рассматривается как правомерный.

Всеобщий доступ требует достаточно плотной сети медико-санитарной помощи для обслуживания населения. Важнейшая задача заключается в том, чтобы обеспечить контингент работников здравоохранения, требуемый для расширения масштабов. Наиболее заметными характеристиками кризиса в отношении контингента работников здравоохранения во многих странах являются серьезная нехватка и несбалансированность в распределении кадров здравоохранения. Заполнение этих пробелов будет оставаться серьезной проблемой на предстоящие годы. Проблема отчасти заключается в необходимости найти устойчи-

вые способы конкурентоспособного вознаграждения и комплекс стимулов, которые могли бы привлекать, мотивировать и удерживать компетентных и продуктивных работников здравоохранения. Во многих странах, где прогресс на пути к достижению Целей тысячелетия в области развития является неудовлетворительным, необходимо срочно и существенно увеличить вознаграждение работников здравоохранения, что представляет собой такую проблему, которую многие развивающиеся страны не могут решить в одиночку.

Всеобщий доступ, однако, — это нечто большее, чем развертывание контингента эффективных работников здравоохранения для обеспечения обслуживания. Чтобы медико-санитарные службы использовались, необходимо сократить или ликвидировать финансовые препятствия к доступу и дать пользователям предсказуемую защиту от издержек на обращение за помощью. В данной главе показано, что введение оплаты за услуги не решает проблему недостаточного финансирования сектора здравоохранения и «превращает в норму» исключение бедных. Оно не ускоряет прогресса на пути к всеобщему доступу и финансовой защите; это можно гарантировать лишь генерализированными структурами предварительной оплаты и объединения ресурсов. Какая бы система ни принималась для организации этих структур, важны две вещи. Во-первых, в конечном итоге не должна исключаться ни одна группа населения; во-вторых, службы охраны здоровья матерей, новорожденных и детей должны находиться в центре набора услуг, на которые граждане имеют право и которые финансируются согласованным образом через выбранную систему.

Со временем большинство стран продвигается к всеобщему охвату, расширяя структуры предварительной оплаты и объединения ресурсов параллельно с расширением их сетей обеспечения медико-санитарной помощью. Кроме того, вследствие этого потоки финансирования направляются на охрану здоровья матерей, новорожденных и детей. В большинстве стран финансовая устойчивость систем охраны здоровья матерей, новорожденных и детей в краткосрочном и среднесрочном планах лучше всего достигается при использовании всех ресурсов финансирования: внутренних и внешних, государственных и частных. Направление средств на генерализированные системы страхования, которые одновременно финансируют расширение сетей медико-санитарной помощи, обеспечивают финансовую защиту и предлагают наибольшие гарантии устойчивого финансирования охраны здоровья матери, новорожденных и ребенка и систем здравоохранения, на которых она базируется.

G. Diez/WHO

глава первая

# матери и дети нам дороги, так же как и их здоровье

**Сегодняшние дети и их матери — это залог продолжения жизни, и от их здоровья зависит здоровье будущего общества. Однако невзирая на многолетние упорные усилия, в мире ежегодно погибают 10,6 млн. детей и 529 000 матерей, главным образом от предотвратимых причин. В данной главе рассматривается современное состояние программ охраны здоровья матери и ребенка и их развитие в историческом ракурсе. Она затем дает более детальный обзор пестрой картины улучшения, отсутствия динамики либо ухудшения показателей здоровья матери и ребенка в различных регионах мира, а также заостряет внимание на ранее недооцениваемой проблеме смертности новорожденных.**

Каждая беременная женщина, как правило, надеется, что сможет родить без осложнений, что ребенок родится здоровым и будет нормально расти и крепнуть. В 2005 г. шансы на такое развитие событий лучше, чем когда бы то ни было раньше, не в последнюю очередь благодаря тому, что женщины все больше осознают свои права. Современные знания и технология позволяют предотвращать либо успешно справляться с подавляющим большинством проблем, угрожающих здоровью матерей и детей в мире. Бóльшую часть из миллионов случаев преждевременной смерти, равно как и страдания, вызываемые болезнями, можно было бы предотвратить. Смерть матери особо трагична вследствие прочного убеждения людей в том, что никто не должен умирать в ходе естественного процесса воспроизводства жизни, а также из-за нередко весьма тяжелых последствий для семьи умершей *(1)*. Все сообщества на уровне семей и местных общин признают необходимость заботы о матерях и детях и проявляют эту заботу в максимальных пределах своих возможностей.

В последние годы растущее число стран добиваются заметных успехов в улучшении показателей здоровья и благосостояния матерей и детей, в том числе грудного возраста. Однако страны с наиболее высоким исходным бременем смертности и болезней продемонстрировали в течение 1990-х годов лишь весьма незначительный прогресс. В некоторых из них положение в последние годы фактически ухудшилось. Общая картина динамики показателей, таким образом, представляется неравномерной. Если прогресс не будет значительно ускорен, то останется мало надежды на достижение целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия: снижение к 2015 г. материнской смертности на три четверти и детской смертности на две трети *(2, 3)*.

В слишком большом числе стран процесс улучшения показателей здоровья матерей и детей не происходит в должной мере. Это обусловлено комплексными причинами, варьирующими от страны к стране. Среди них хорошо известные, постоянные враги здоровья — бедность, социальное неравенство, войны и общественные беспорядки, разрушительное воздействие ВИЧ/СПИДа, но кроме них

также неудачи в претворении жизненно необходимых знаний в эффективные действия и отсутствие адекватного инвестирования в общественное здравоохранение и охрану окружающей среды. В результате множество матерей и детей, особенно беднейшие из них, оказываются лишенными возможности получать экономически доступную, эффективную и чуткую помощь, на которую они имеют все права.

В течение многих столетий помощь в родах и уход за маленькими детьми рассматривались в качестве домашней работы — удела матерей и повитух. В XX веке забота о здоровье матери и ребенка была вынесена за рамки сугубо домашних обязанностей и преобразована в приоритетную область общественного здравоохранения с вытекающей из этого ответственностью государства. В начале XXI века Цели тысячелетия в области развития поставили эту проблему во главу угла борьбы с нищетой и неравенством в контексте соблюдения прав человека. Это смещение акцента имеет далеко идущие последствия в плане того, каким образом мир реагирует на весьма неравномерный прогресс в различных странах.

## РАННИЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Первые программы общественного здравоохранения, нацеленные на улучшение здоровья женщин и детей, были организованы в конце XIX века в Европе. Оглядываясь назад, можно заключить, что основные мотивы проявленной в то время заботы выглядели довольно цинично: здоровые матери и дети рассматривались тогдашними правительствами как ресурс для удовлетворения экономических и политических притязаний. Многие европейские политики разделяли мнение о том, что плохое здоровье детей нации угрожает ее культурным и военным амбициям *(4)*. Это воззрение было особенно влиятельным во Франции и Великобритании, где государство испытывало трудности в наборе рекрутов, достаточно пригодных по состоянию здоровья к службе в военное время. Правительства видели в качестве одного из решений проводимые во Франции новаторские эксперименты 1890-х годов, такие как амбулаторные учреждения «Капля молока» (*Goutte de lait*) Леона Дюфура (Léon Dufour) и консультации по уходу за младенцами (*Consultations de nourrissons*) Пьера Будена (Pierre Budin) *(5)*. Эти программы предлагали научно-обоснованный

Одними из первых учреждений по оказанию медицинской помощи матерям и детям в конце XIX века были заведения под названием «Капля молока» (L'Œuvre de la goutte de lait). Консультация д-ра Варио в амбулатории Бельвиль в Париже.

и выглядевший убедительным способ производить поколение здоровых детей, которые должны стать надежными тружениками и крепкими воинами. Программы *Consultations de nourrissons* также отвечали духу начинающихся социальных реформ и пользовались поддержкой со стороны благотворительных движений того времени. В результате к началу XX века во всех промышленно развитых странах с их колониями, а также в Таиланде и многих латиноамериканских странах уже существовали, по крайней мере в примитивной форме, службы охраны здоровья матери и ребенка *(6)*. Первая мировая война ускорила данный процесс. Вот как описывает эти события Джозефина Бейкер (Josephine Baker), занимавшая в то время пост главы Отдела детской гигиены Нью-Йорка:

*«Может быть, это звучит жестоко, но нельзя закрывать глаза на то, что Мировая война сыграла весьма двусмысленную роль в судьбе детей... По мере того, как тысячи и тысячи мужчин ежедневно погибали в кровавой бойне, воюющие нации, с обеих сторон, стали понимать, что поколения детей, вырастающие для того, чтобы встать на место безжалостно уничтожаемых поколений взрослых — это бесценное национальное достояние. [Дети] оказались в фокусе общественного внимания, как надежда нации. Так можно было представить вопрос в наиболее достойном виде. Гораздо более уродливая и, я подозреваю, истинная картина заключалась в том, что происходящие изменения диктовались соображениями пригодности человеческой жизни для военных целей. Когда страна находится в состоянии войны или готовится к следующей ... она должна заботиться о будущих источниках пушечного мяса» (7).*

Забота о здоровье матерей и детей вскоре приобрела самостоятельное значение, вне военных и экономических соображений. Все более активная вовлеченность самых разнообразных организаций — медицинских и непрофессиональных, благотворительных и государственных — шла в ногу с растущими требованиями и политической активностью гражданского общества *(1)*. Рабочие и женские движения, благотворительные и профессиональные общества, обращаясь к вопросу о здоровье матери и ребенка, использовали самые разнообразные подходы. Так, например, Международная организация труда в 1919 г. предложила законодательные меры по охране материнства на рабочем месте; в начале 1930-х годов газета «Нью-Йорк таймс» опубликовала серию статей, посвященных проблеме материнской смертности; в 1938 г. 60 местных ассоциаций Соединенного Королевства провозгласили «Хартию матерей». Подкрепленный многочисленными официальными докладами, вопрос о здоровье матери и ребенка приобрел приоритетное значение для министерств здравоохранения. Программы охраны здоровья матери и ребенка стали такой же органичной частью общественного здравоохранения, как и борьба с инфекционными заболеваниями *(8)*.

По-настоящему прочные позиции эти программы начали приобретать после окончания Второй мировой войны. Происходившие в мире события резко повысили внимание общественности к роли и сферам ответственности правительств, и Всеобщая декларация прав человека, провозглашенная в 1948 г. только что сформированной Организацией Объединенных Наций, закрепила за государствами обязательство оказывать «особое попечение и помощь» матерям и детям *(9)*. Таким образом, вопросу о здоровье матери и ребенка был придан международный и этический характер, что являлось гигантским шагом вперед по сравнению с политическими и экономическими мотивами, звучавшими за 50 лет до этого.

Одной из основных задач, поставленных перед Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в ее Уставе 1948 г. было «способствовать развитию охраны материнства и детства» *(10)*. К 1950-м годам в национальных программах охраны здоровья и стратегических документах агентств по оказанию помощи развивающимся странам уже неизменно подчеркивалось, что матери и дети

© Archives de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

составляют уязвимую часть населения и в связи с этим являются приоритетными «целевыми группами» для мероприятий в области общественного здравоохранения. Представление о матерях и детях как об уязвимых группах населения также стало одной из центральных идей движения за первичную медико-санитарную помощь, начатого в Алма-Ате (ныне Алматы, Казахстан) в 1978 г. Эта первая серьезная попытка широкомасштабного увеличения охвата сельского населения лечебно-профилактической помощью способствовала укреплению программ охраны здоровья матери и ребенка благодаря вниманию к вопросам повышения охвата иммунизацией, контроля нарушений питания и борьбы с диарейными и респираторными заболеваниями. На практике, программы охраны здоровья детей обычно составляли основное, а зачастую и единственное, содержание ранних попыток внедрения первичной медико-санитарной помощи *(11)*.

## СЕГОДНЯШНЯЯ СИТУАЦИЯ: МОРАЛЬНЫЙ И ПОЛИТИЧЕСКИЙ ИМПЕРАТИВ

Программы первичной медико-санитарной помощи в раннем периоде развития зачастую были узко направленными, однако одним из их достоинств было то, что они заложили основу для рассмотрения вопросов здоровья в контексте социально-экономического развития, а также включения их в более широкую сферу общественной полемики по проблемам неравенства. Бедственное положение женщин и детей вскоре стали рассматривать как вопрос, далеко выхо-

WHO Archives: WHO12, SEARO 211

Программы охраны здоровья детей занимали центральное место в ранних попытках внедрения первичной медико-санитарной помощи. На снимке: мать взвешивает младенца под наблюдением общинной медсестры. Таиланд.

## Вставка 1.1 Основные вехи в истории становления прав матери и ребенка

В XX веке был сформулирован целый ряд международных конвенций, налагающих на подписавшие их страны ответственность за соблюдение прав человека по отношению к их гражданам. В течение последних двух десятилетий учреждения и структуры ООН, а также международные, региональные и национальные органы правосудия обращают все более пристальное внимание на вопросы соблюдения прав человека по отношению к матерям и детям.

**1948** — **Всеобщая декларация прав человека** провозгласила, что «материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь».

**1952** — **Генеральная конференция Международной организации труда** приняла **Конвенцию об охране материнства.**

**1959** — **Декларация прав ребенка**

**1966** — **Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах** признал право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

**1981** — **Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин** обязала присоединившиеся страны обеспечивать женщинам услуги по охране материнства.

**1989** — **Конвенция о правах ребенка** гарантировала право детей на охрану здоровья. Государства взяли на себя обязательства по обеспечению матерей надлежащей медицинской помощью.

**1990** — На **Всемирной встрече на высшем уровне в интересах детей** страны провозгласили совместно взятые обязательства «обеспечить каждому ребенку лучшее будущее» и признали наличие важной связи между соблюдением прав женщин и благополучием детей.

**1993** — **Комитет ООН по правам человека** выразил озабоченность в связи с высокими уровнями материнской смертности.

**1994** — **1995** — **Международная конференция ООН по народонаселению и развитию** и **Четвертая всемирная конференция ООН по положению женщин** подтвердили право женщин на доступ к надлежащей медицинской помощи при беременности и родах.

**1996** — **Комитет ООН по правам человека** постановил, что в случаях, когда искусственный аборт влечет за собой уголовное наказание, даже если беременность наступила в результате изнасилования, существует вероятность нарушения права женщины быть свободной от бесчеловечного или унижающего ее достоинство обращения.

**2000** — **Комитет по экономическим, социальным и культурным правам** констатировал, что необходимо принятие мер для «совершенствования служб охраны здоровья матери и ребенка, а также сексуального и репродуктивного здоровья».

**2003** — **Комитет ООН по правам ребенка** констатировал, что девушки-подростки должны иметь доступ к информации о возможных неблагоприятных последствиях раннего вступления в брак и ранней беременности, а также иметь доступ к медицинской помощи, отвечающей их потребностям и правам.

**2003** — **Комиссия ООН по правам человека** констатировала, что аспекты сексуального и репродуктивного здоровья являются неотъемлемыми элементами права на здоровье.

**Комитет ООН по правам ребенка** принял **Замечания общего порядка по ВИЧ/СПИДу**, а также **Замечания общего порядка по правам ребенка.**

**2004** — **Комитет ООН против пыток** призвал прекратить практику, при которой в целях уголовного преследования добиваются признаний у женщин, обращающихся за экстренной медицинской помощью по причине произведенного криминального аборта. **Специальный докладчик по вопросам права на здоровье** констатировал, что все формы сексуального насилия несовместимы с правом на здоровье.

**2004** — **Подкомиссия ООН по поощрению и защите прав человека** приняла резолюцию о «вредной традиционной практике, влияющей на здоровье женщин и девочек».

## Вставка 1.2 Почему необходимо вкладывать государственные средства в охрану здоровья матери и ребенка?

В соответствии с конвенциями о правах человека, современные государства гарантируют право на охрану здоровья матерей, новорожденных и детей. Обеспечение их доступа к системам оказания помощи стало моральной и политической необходимостью, что также имеет и прочную рациональную основу.

С точки зрения общественных интересов важным критерием для установления приоритетов и распределения государственных фондов является наличие экономически эффективных комплексов (пакетов) мероприятий. В области охраны матери и ребенка подобные комплексы хорошо документированы *(14, 15)*. Однако экономическая эффективность — это лишь один из критериев государственного инвестирования. Среди других, обычно используемых критериев, можно назвать следующие: развитие положительного внешнего эффекта; генерирование общественных благ и наличие «правила спасения»; наличие потенциала для более полного соблюдения принципа социальной справедливости и предотвращения катастрофических издержек *(16)*. Соблюдение хотя бы одного из этих критериев уже может служить достаточным аргументом для инвестирования государственных фондов. Если выполняются два и более, как в случае программ охраны здоровья матери и ребенка, основания для вложения государственных средств становятся еще более вескими.

Охрана здоровья матери и ребенка обладает явным положительным внешним эффектом благодаря вакцинопрофилактике или лечению детских инфекционных заболеваний, а также благодаря улучшению показателей здоровья детей, обусловленному улучшением здоровья матерей. Имеется не так много систематических исследований по вопросам человеческого, общественного и экономического капитала, генерируемого путем улучшения здоровья матерей и детей, но, по крайней мере, негативный внешний эффект от плохого здоровья вполне известен.

Здоровье матерей является важной детерминантой здоровья детей, таким образом косвенно влияя на формирование человеческого капитала. Дети, лишенные материнского ухода, умирают чаще, имеют более высокий риск развития нарушений питания и меньшую вероятность начать учиться в школе *(17, 18)*. Болезнь или нарушения питания у матери во время беременности повышает вероятность рождения ребенка со сниженной массой тела *(19–21)* и с нарушениями развития в грудном возрасте *(19, 22–24)*. Дети, родившиеся со сниженной массой тела, в свою очередь имеют худшие шансы на выживание, а также подвержены более высокому риску инфекционных заболеваний и задержки роста *(25)*, показывают худшие результаты при проведении когнитивных тестов *(26–28)* и имеют более высокую вероятность развития хронических заболеваний, когда они станут взрослыми *(29, 30)*.

Здоровые дети — это основа формирования человеческого капитала. Болезни и нарушения питания детей ухудшают процесс когнитивного развития и снижают интеллектуальные способности *(31–33)*, снижают вероятность начать учебу в школе и школьную посещаемость *(34, 35)*, что в свою очередь приводит к снижению достигаемого уровня образования. Внутриутробная задержка роста и нарушения питания в раннем детстве оказывают долговременное воздействие на размеры тела и физическую силу *(36, 37)*, что влияет на работоспособность во взрослом состоянии. Помимо всего этого, смерть или болезнь матери — это потеря полезного члена общества, чей труд и заботы крайне важны для сплоченного существования семьи и общины. Здоровые матери имеют больше времени и возможностей для социальных контактов и формирования связующих сил, лежащих в основе общественного капитала. И, наконец, у них есть еще одна важная социальная роль — уход за больными.

Экономические потери от плохого состояния здоровья матерей и детей весьма высоки *(38)*; программы планирования семьи *(39, 40)* и рассчитанные на долгосрочный эффект мероприятия по улучшению здоровья матери и ребенка с большой долей вероятности позволят достичь существенной экономии средств в будущем. Достижения в накоплении человеческого и общественного капитала трансформируются в долгосрочные экономические выгоды *(41)*. Имеются фактические свидетельства о получении экономической отдачи от вложений в программы иммунизации *(42)*, питания *(41, 43)*, в мероприятия по профилактике состояния сниженной массы тела при рождении *(36)*, а также в комплексные программы охраны здоровья и социального развития *(44, 45)*.

Программы охраны здоровья матери и ребенка являются лучшими кандидатами для государственного финансирования, поскольку они являются источником общественных благ. Несмотря на то, что многие мероприятия по охране здоровья матери и ребенка могут быть классифицированы как источник индивидуальных благ, комплексные программы всегда включают такие компоненты, как информирование о контрацепции, о сексуальном здоровье и связанных с ним правах, о грудном вскармливании и об уходе за ребенком — все это несомненно входит в разряд общественных благ. Более того, ко многим мероприятиям в области охраны здоровья матери и ребенка применимы «правила спасения», в соответствии с которыми приоритет должен отдаваться программам, направленным на спасение жизней.

Наконец, государственное финансирование программ охраны здоровья матери и ребенка является надежно обоснованным с позиций социальной справедливости. Материнство и детство — это периоды особенно высокой уязвимости, требующие «особой заботы и помощи» *(19)*. Повышенная уязвимость обусловлена также тем, что многие женщины и дети живут в бедности. Несмотря на скудный объем систематических данных, подтверждающих повышенную представленность женщин и детей среди бедного населения *(46)*, известно, что женщины подвержены более высокому риску оказаться без работы, они зачастую имеют более низкие заработки, худший доступ к образованию и финансовым ресурсам, а также более ограниченное право голоса в принятии решений. Все это создает им препятствия для доступа к системам помощи. Государственное инвестирование в охрану здоровья матери и ребенка является обоснованным, поскольку оно направлено на устранение этой социальной несправедливости.

В дополнение к этому, там, где женщины и дети составляют значительную часть бедных слоев населения, государственное субсидирование оказываемой им медицинской помощи может явиться эффективной стратегией для перераспределения доходов и снижения масштабов нищеты *(14)*. Нарушения здоровья матерей и детей и в особенности тяжелые акушерские осложнения часто возникают непредсказуемо и порой влекут за собой катастрофические расходы *(47)*, что может повергнуть семью в нищету. Риск катастрофических расходов часто является сдерживающим фактором для своевременного обращения за помощью — это еще один важный аргумент, как в профессиональном, так и в политическом плане, в пользу государственного финансирования.

дящий за рамки чисто биологической уязвимости. В 1987 г. «Призыв к действиям за безопасное материнство» однозначно квалифицировал эту проблему как «прочно укоренившуюся среди негативных социальных, культурных и экономических общественных условий и, в особенности, связанную с условиями, в которые общество поставило женщин» *(12)*. На вставке 1.1 показан ряд важнейших вех в истории становления прав женщин и детей.

Рассмотрение проблемы в таком, главным образом политическом, ключе приводит к выводу, что основополагающими причинами плохого здоровья женщин и их детей являются относительный недостаток полномочий у женщин для самостоятельного принятия решений, а также их неравный доступ к трудоустройству, финансам, образованию, основным видам медицинской помощи и другим ресурсам. Неудовлетворительное питание, ранее начало половой жизни и подростковые беременности — все это оказывает влияние на состояние здоровья матери во время беременности и после родоразрешения, а также на здоровье ребенка. Миллионы женщин и их семьи живут в социальной среде, препятствующей поддержанию и укреплению их здоровья. Женщины часто имеют ограниченный доступ к образованию, информации и современным сведениям, которые позволили бы им избежать многократно повторяющихся беременностей и не погибнуть во время родов. Часто женщины не имеют права голоса в принятии решений об использовании контрацептивов или о том, где они будут рожать. Они порой неохотно обращаются в медицинские учреждения, если их персонал отличается недоброжелательным и унизительным отношением или навязывает женщинам медицинские вмешательства, находящиеся в конфликте с их ценностями и традициями *(13)*. Бедность, традиционные общественные устои и юридические барьеры препятствуют их доступу к финансовым ресурсам, в результате им становится еще труднее получать медицинскую помощь для себя или для своих детей. Несправедливость данной ситуации с очевидностью свидетельствует о том, что здоровье матери и ребенка — это вопрос прав, гарантий и каждодневной борьбы за соблюдение этих прав и гарантий.

Вопрос о правах женщин и детей привлек к себе еще более пристальное внимание благодаря Международной конференции ООН по народонаселению и развитию, состоявшейся в Каире (Египет) в 1994 г. На этой конференции был принят план, рассчитанный на 20 лет и нацеленный на обеспечение всеобщего доступа к службам репродуктивного здоровья (частью которых стала охрана здоровья матери и ребенка), основанным на принципах соблюдения личных прав и индивидуального выбора. Такое изменение общего подхода было весьма важным, поскольку благодаря ему принципиально по-новому представляется необходимость инвестирования в охрану здоровья матери и ребенка.

Сегодня мы знаем лучше, чем когда-либо ранее, от чего зависит здоровье женщин и детей и какие мероприятия способствуют его улучшению с наибольшей экономической эффективностью. Благодаря этим знаниям инвестирование становится более успешным, а отказ в предоставлении помощи выглядит еще более неприемлемым. Вопрос о здоровье матери и ребенка укладывается в классические критерии для установления приоритетов общественного здравоохранения (см. вставку 1.2). Приводимые доводы весьма убедительны, однако среди них отсутствуют два крайне важных аргумента.

Во-первых, дети — это будущее общества, а их матери — залог этого будущего. Роль матери гораздо важнее, чем просто уход за детьми и ведение домашнего хозяйства — занятия, часто имеющие невысокий престиж в общественном мнении. Мать передает детям историю семьи и местной общины, прививает социальные нормы и традиции. Мать оказывает влияние на раннее становление поведения и образа жизни ребенка, что не только определяет его дальнейшее развитие, включая и аспекты здоровья, но также формирует характер общества в целом. Именно поэтому общество ценит здоровье матерей и детей как таковое, а не только как вклад в здоровье нации *(48)*.

Во-вторых, лишь немногие последствия социального неравенства в обществе оказываются настолько же разрушительными, как те, что касаются жизни и здоровья женщин и детей. В тех странах, где правительства серьезно относятся к задаче уменьшения социального неравенства и более справедливого распределения общественного богатства, хорошим первым шагом может быть облегчение условий жизни и обеспечение доступа к медицинской помощи для матерей и детей. Улучшение показателей их здоровья находится в центре усилий мирового сообщества, направленных на сокращение масштабов нищеты и социального неравенства.

## МАТЕРИ, ДЕТИ И ЦЕЛИ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ

В своем докладе на Саммите тысячелетия Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций Кофи Аннан призвал «международное сообщество на самом высоком уровне — глав государств и правительств, собравшихся на Саммит тысячелетия, — поставить перед собой цель уменьшить вдвое количество людей, проживающих в условиях крайней нищеты, т.е. вывести из нее более 1 млрд. человек, к 2015 году» *(49)*. Он далее обратился с призывом не жалеть усилий для достижения этой цели к указанной дате в каждом регионе и в каждой стране. Декларация тысячелетия *(50)*, появившаяся после десятилетия «беспрецедентной стагнации и ухудшения» (51), выдвинула восемь конкретных Целей тысячелетия в области развития (ЦТР), каждая — с количественными характеристиками (задачами) и индикаторами для мониторинга прогресса. ЦТР оказали стимулирующее влияние на страны и международное сообщество: впервые и богатые, и бедные страны совместно сформулировали

Rafiqur Rahman/Reuters

Охрана здоровья матери и ребенка сегодня рассматривается как вопрос неотъемлемых прав и повседневной борьбы за их осуществление.

приверженность к сбалансированному и комплексному решению целого ряда проблем, касающихся нищеты и неравенства.

Вопросы здоровья весьма выпукло отражены в ЦТР: они явно обозначены в трех из восьми целей, в восьми из 18 задач и в 18 из 48 индикаторов. Такой акцент на вопросах здоровья отражает всеобщее мнение в мире о том, что плохое здоровье — это важный, имеющий самостоятельное значение аспект нищеты. Плохое здоровье способствует усугублению бедности. Улучшение здоровья — это непременное условие для уменьшения нищеты и для развития. Устойчивое улучшение показателей здоровья зависит от успешного сокращения масштабов нищеты и уменьшения проявлений неравенства.

Не случайно в формулировках задач и индикаторов ЦТР прослеживается особый приоритет, отдаваемый проблемам здоровья и благосостояния женщин, матерей и детей. Вопросы здоровья матери и ребенка безусловно стоят на международной повестке дня, несмотря на то, что обеспечение всеобщего доступа к службам репродуктивного здоровья не записано в качестве специальной Цели тысячелетия в области развития. Во всемирном масштабе мы движемся вперед к достижению ЦТР по показателям здоровья матери и ребенка. Имеющиеся успехи, однако, омрачены недопустимо высокой и при том упорно не снижающейся смертностью, а также усугубляющимся неравенством по показателям здоровья матери и ребенка и доступа к услугам здравоохранения во многих странах мира.

## НЕРАВНОЦЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Быть здоровым означает гораздо больше, чем просто выжить. Тем не менее, показатель смертности среди детей в возрасте до 5 лет является хорошим индикатором достигнутого прогресса — либо его трагического отсутствия. Величина этого показателя в глобальных масштабах значительно уменьшилась в течение последней четверти XX века: со 146 на 1000 живорождений в 1970 г. до 79 в 2003 г. За период после 1990 г. значение показателя упало приблизительно на 15%, что составляет за один лишь 2003 г. более двух миллионов сохраненных жизней. Однако на пороге тысячелетия эта общая тенденция снижения стала обнаруживать признаки замедления. За период с 1970 г. по 1990 г. показатель смертности детей в возрасте до 5 лет снижался на 20% каждые десять лет, а с 1990 по 2000 г. он снизился лишь на 12% (см. рис. 1.1).

Кроме того, усредненные мировые показатели маскируют существенные региональные различия. В 1980-х годах стало отмечаться замедление прогресса в таких регионах ВОЗ, как Африка и страны западной части Тихого океана, в 1990-х годах — в регионе Восточного Средиземноморья. Наиболее незначительное снижение смертности (около 5% за каждое десятилетие за период с 1980 г по 2000 г.) и максимально выраженное замедление прогресса наблюдалось в Африканском регионе, где исходный уровень смертности был самым высоким. Напротив, в Американском, Европейском регионах и в Юго-Восточной Азии прогресс продолжался или ускорялся.

В результате происходит углубление различий между регионами. В Африканском регионе смертность детей в возрасте до 5 лет в настоящее время в семь раз выше, чем в Европейском регионе; это показатель был «лишь» в 4,3 раза выше в 1980 г. и в 5,4 раза выше — в 1990 г. Случаи смерти среди детей во все более растущей мере концентрируются в Африканском регионе (43% от суммарного количества в мире в 2003 г., что является скачком вверх по сравнению с 30% в 1990 г.). 28% детских смертей все еще приходится на Юго-Восточную Азию; таким образом два из шести регионов ВОЗ — Африка и в Юго-Восточная Азия отвечают за 70% всех случаев смерти среди детей. Если смотреть под другим углом зрения, более 50% случаев смерти среди детей приходится все-

го на шесть стран: Демократическая Республика Конго, Индия, Китай, Нигерия, Пакистан и Эфиопия.

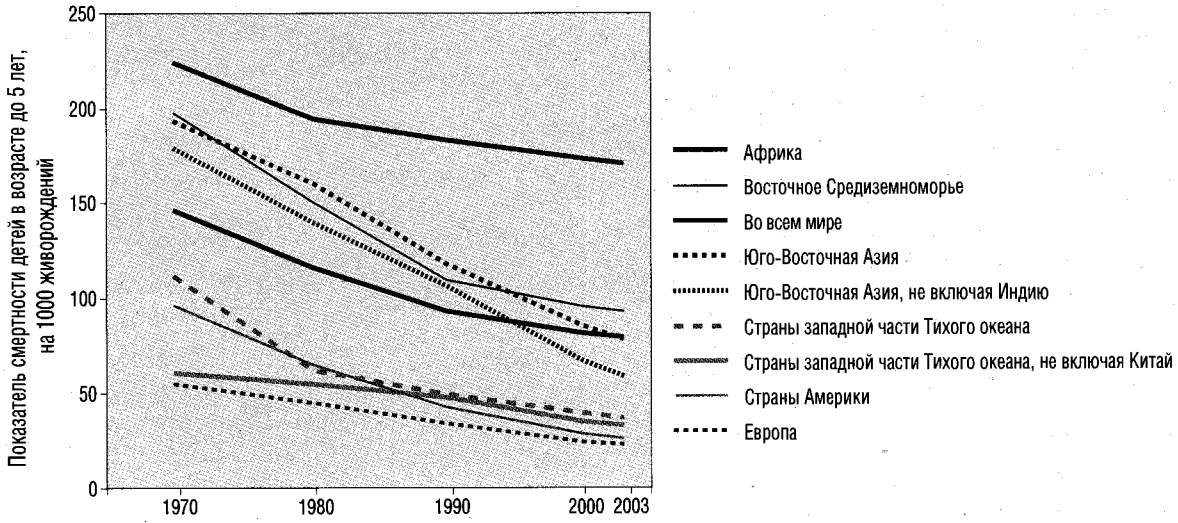
Также по-разному складываются судьбы детей в мире относительно состояния их питания. В целом, дети сегодня питаются лучше: за период с 1990 г. по 2000 г. глобальная распространенность задержки роста и сниженной массы тела уменьшилась соответственно на 20% и 18%. Однако во многих частях Южной и Центральной Азии очень большое число детей продолжают страдать от нарушений питания, а по всей Африке к югу от Сахары число детей с задержкой роста и сниженной массой тела за этот же период увеличилось *(52)*.

## СМЕРТНОСТЬ НОВОРОЖДЕННЫХ, КОТОРАЯ ОКАЗАЛАСЬ «НЕЗАМЕЧЕННОЙ»

Если мы хотим достичь дальнейших сдвигов в снижении детской смертности, необходимо путем дополнительных усилий добиться значительного снижения числа случаев смерти среди новорожденных. Первые глобальные оценки неонатальной смертности, датируемые 1983 г., были получены с использованием ретроспективных данных и, по всеобщему мнению, дают лишь грубое представление о масштабах проблемы. Более скрупулезные оценки были проведены по данным за 1995 и 2000 гг. Они были основаны на материалах национальных демографических опросов, а также на использовании статистических моделей. Эти новые оценки показали, что бремя неонатальной смертности значительно тяжелее, чем многие полагают.

Каждый год около четырех миллионов новорожденных умирают до достижения возраста четырех недель: 98% этих смертей приходится на развивающиеся страны. В глобальном масштабе случаи смерти среди новорожденных ныне составляют около 40% от общего числа случаев смерти среди детей в возрасте до 5 лет и более половины младенческой смертности *(54, 55)*. Самые высокие цифры зарегистрированы в странах Африки к югу от Сахары и в Азии. Две трети случаев смерти среди новорожденных приходятся на такие регионы ВОЗ, как Африка (28%) и Юго-Восточная Азия (36%) *(56)*. Увеличивается разрыв между богатыми и бедными странами: неонатальная смертность в странах

Рис. 1.1 Замедление темпов снижения детской смертности: наихудшая ситуация в Африке



с высоким уровнем дохода в настоящее время в 6,5 раз ниже по сравнению с остальными странами. Риск для женщины однократно в течение жизни испытать потерю новорожденного ребенка составляет в странах Африки — 1:5, а в более развитых странах — 1:125 *(57)*.

Приведенные выше цифры не включают регистрируемые ежегодно 3,3 млн. мертворождений. Данные по мертворождаемости еще более скудные, чем по смертности новорожденных. Это не удивительно, поскольку регистрируется лишь 14% происходящих в мире родов. Неполная отчетность характерна в равной мере по отношению к живорождениям и к случаям смерти новорожденных; с еще большей вероятностью происходят пропуски в регистрации случаев внутриутробной смерти, особенно ранней.

Бремя неонатальной смертности и мертворождений весьма велико, однако это во многих отношениях лишь часть проблемы, поскольку вызывающие их причины также обусловливают тяжелые и стойкие нарушения здоровья, часто пожизненную инвалидность. Например, ежегодно у более миллиона детей, перенесших асфиксию во время родов, выявляют церебральный паралич, трудности в обучении и другие нарушения *(58)*. На каждого умершего новорожденного приходится не менее 20 других, перенесших родовую травму, инфекцию, осложнения в результате преждевременных родов и другие виды неонатальной патологии. Семьи этих детей обычно не готовы к такому трагическому развитию событий и тяжело их переживают.

Здоровье и выживаемость новорожденного тесно связаны со здоровьем матери. Во-первых, более здоровые матери имеют более здоровых детей; во-вторых, в тех случаях, когда мать не получает адекватной медицинской помощи во время беременности, родов и в послеродовом периоде, это обычно в равной мере относится и к ее новорожденному ребенку. На рис. 1.2 показано, что и матери, и новорожденные имеют лучшие шансы для выживания, если им была оказана квалифицированная помощь во время родов.

## НЕМНОГОЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ УЛУЧШЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАТЕРИНСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Ведущими причинами смерти, болезней и инвалидности среди женщин репродуктивного возраста в развивающихся странах все еще являются беременность, роды и их осложнения — это превышает значимость любого иного отдельного взятого нарушения здоровья. В настоящее время более 300 млн. женщин в развивающихся странах страдают от острых или хронических заболеваний, обусловленных беременностью и родами; 529 000 ежегодно умирают (в том числе 68 000 — в результате небезопасного прерывания беременности), оставляя детей, вероятность смерти которых без материнского ухода также повышается *(59)*.

На глобальном уровне почти нет признаков улучшения данной ситуации. На протяжении 1960-х и 1970-х годов ряду стран все же удалось вдвое снизить свои показатели материнской смертности в течение десятилетнего или даже более короткого периода. Некоторые страны, такие как Боливия и Египет, добились этого в более недавние годы. В других странах, к сожалению, наблюдается обратная динамика (см. вставку 1.3). По сравнению с поступающими сообщениями об улучшении показателей здоровья детей, аналогичные новости об успехах в отношении материнского здоровья доводится слышать гораздо реже. Отчасти так происходит, поскольку достижение результатов требует более длительных сроков, отчасти — поскольку при имеющихся в настоящее время источниках информации динамика материнской смертности гораздо труднее поддается измерению.

На сегодняшний день, как и можно было ожидать, большинство материнских смертей происходит в беднейших странах. Наибольшее число случаев прихо-

дится на Африку и Азию. На страны с высоким уровнем дохода приходится менее 1% случаев смерти. Показатели материнской смертности достигают рекордной высоты в странах Африки к югу от Сахары, где для каждой женщины риск смерти в связи с беременностью, родами и их осложнениями составляет 1:16, по сравнению с 1:2800 в богатых странах.

Информация о материнской смертности все еще составляет серьезную проблему. В конце 1970-х годов лишь одна из трех развивающихся стран могла предоставить данные — и то лишь, как правило, частичную госпитальную статистику. К настоящему времени ситуация улучшилась, однако регистрация рождений и смертей в развивающихся странах, за исключением некоторых государств Азии и Латинской Америки, все еще охватывает лишь незначительную часть населения. Причина смерти регулярно регистрируется лишь в 100 странах, где проживает одна треть мирового населения. Трудно получить даже достаточно надежные опросные данные, репрезентативные на национальном уровне. Для 62 развивающихся стран, включая большинство государств с крайне высокой смертностью, имеющиеся оценочные данные основаны лишь на статистическом моделировании. Их интерпретация представляет собой еще более рискованную задачу по сравнению с данными опросов либо частичной регистрации смерти. На страны, опирающиеся на подобные моделированные оценки, приходится 27% мировой рождаемости. Фактически, ежегодно мы не получаем никаких сведений о судьбе 36 млн. — каждой четвертой женщине, рожавшей в течение года.

О постепенном улучшении поступления данных свидетельствует наличие в настоящее время постоянно растущей базы данных о материнской смертности по различным странам. Начиная с 1990 г. Совместная рабочая группа ВОЗ, Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) и Фонда ООН по народонаселению (ЮНФПА) производит регулярную оценку и обобщение имеющейся информации *(60)*. Однако не представляется возможным с достаточной уверенностью судить о ди-

## Рис. 1.2 Неонатальная и материнская смертность связаны с отсутствием квалифицированной медицинской помощи во время родов

намике происходящих изменений: неопределенность, присущая оценкам материнской смертности, не позволяет легко определить, имеет ли место рост либо снижение смертности. Поэтому пока еще нельзя утверждать, что глобальная кривая показателя материнской смертности повернула вниз.

Несмотря на это, ощущение прогресса остается, что подтверждают индикаторы, указывающие на существенный рост в течение 1990-х годов уровня использования услуг медицинской помощи во время беременности и родов во всех регионах за исключением стран Африки к югу от Сахары. За 1990-е годы доля родов, принятых квалифицированными медицинскими работниками, возросла на 24%, число кесаревых сечений утроилось, а уровень использования услуг антенатальной помощи вырос на 21%. Поскольку известно, что профессиональная медицинская помощь имеет критическое значение для предотвращения материнской смертности, равно как и для улучшения состояния здоровья матери, по всей видимости показатели материнской смертности снижаются во всех странах за исключением тех, где ее уровень в 1990-х годах был исходно высок. В этих странах, большинство из которых расположены в Африке к югу от Сахары, признаков прогресса нет.

## ПЕСТРАЯ КАРТИНА ПРОГРЕССА, СТАГНАЦИИ И РЕГРЕССА

Замедление процесса улучшения глобальных индикаторов, вызывающее такую озабоченность деятелей, отвечающих за стратегические разработки *(67)*, скрывает за собой пеструю картину, где одни страны уверенно идут вперед (планомерный прогресс), другие продвигаются, но весьма медленно (замедленный прогресс), а третьи либо топчутся на месте (стагнация), либо движутся в обратном направлении (регресс). Поскольку наибольший прогресс характерен для стран, изначально имевших относительно низкие уровни материнской и детской смертности, в то время как самые неблагополучные находятся в состоянии стагнации, разрыв между странами неизбежно увеличивается.

Одна группа стран (всего 93), включающая большинство государств с высоким уровнем дохода уверенно и планомерно идет вперед к тому, чтобы снизить к 2025 г. или даже раньше смертность детей в возрасте до 5 лет на две трети

## Вставка 1.3 Поворот в сторону ухудшения показателей материнской смертности в Малави

Малави — это одна из стран, испытавшая значительный негативный сдвиг показателей материнской смертности: с 752 случаев материнской смертности на 100 000 живорождений в 1992 г. до 1120 — в 2000 г., по данным исследований по демографии и здоровью, проведенных среди населения Малави. В соответствии с результатами конфиденциальных расследований случаев материнской смертности в лечебных учреждениях в 1989 и в 2001 гг., причиной этого ухудшения, по-видимому, явились следующие три фактора. Во-первых, имел место резкий пропорциональный рост смертности от СПИДа. Это не вызывает удивления, поскольку распространенность ВИЧ-инфекции в Малави к настоящему времени достигла 8,4%. Во-вторых, меньшее число родов происходило в условиях медицинского учреждения: за период с 2000 по 2001 г. их доля снизилась с 55% до 43%. В-третьих, ухудшилось качество оказания помощи в медицинских учреждениях. За период с 1989 по 2001 г. доля смертности, связанной с недостатками в оказании медицинской помощи, увеличилась с 31% до 43%. В 2001 г. лишь одной из четырех матерей, умерших в стационаре, была оказана полноценная помощь. В 11% смертей имел место неверный диагноз, в 19% — запоздалое начало лечения, в 16% — неправильное лечение, в 18% — отсутствие необходимого количества крови для переливаний. В 38% случаев смерти основным предотвратимым причинным фактором была несостоятельность помощи, оказанной на госпитальном этапе.

Уменьшение охвата и снижение качества помощи связаны с ухудшением положения с медицинскими кадрами (на которое также оказала влияние эпидемия ВИЧ/СПИДа). В отдаленных районах весь сельский медико-санитарный центр порой держится трудами одной единственной акушерки, к которой обращаются за помощью в любое время суток, семь дней в неделю. Каждое десятое родовспомогательное отделение закрыто по причине отсутствия персонала. В больницах ощущается острая нехватка акушерок, и неквалифицированные санитарки часто оказывают помощь в родах. Кадровый дефицит в родовспомогательных учреждениях имеет катастрофический характер и стремительно усугубляется; поэтому женщины Малави имеют все меньше шансов на роды в безопасных условиях.

по сравнению с 1990 г. Страны «планомерного прогресса» — это те, которые в 1990 г. имели минимальную смертность (суммарное значение показателя для всей группы в 1990 г. составляло 59).

В 51 стране наблюдается «замедленный прогресс»: число случаев смерти среди детей в возрасте до 5 лет снижается, и смертность идет по наклонной. Однако это происходит недостаточно быстро, и страны смогут уменьшить к 2015 г. смертность до одной трети от уровня 1990 г. лишь при условии значительного ускорения прогресса в течение оставшихся 10 лет. В данной группе стран исходный уровень смертности был несколько выше, чем у планомерно прогрессирующих: усредненное значение показателя смертности детей в возрасте до 5 лет составляло 92 на 1000.

Более проблематичными представляются 29 стран, где динамика смертности характеризуется «стагнацией». В этих странах абсолютное число случаев

## Вставка 1.4 Подсчет рождений и смертей

Если никто не ведет учета рождений и случаев смерти женщин и детей, это означает только то, что до них никому нет дела *(61)*. Значения показателя смертности часто представляют собой лишь грубую оценку, различной степени надежности. Так происходит вследствие того, что методы оценки смертности далеки от совершенства и во многих случаях вопросам получения этой крайне важной информации уделяется недостаточно внимания.

Как правило, считается, что приводимые цифры материнской и детской смертности основаны на **статистике медицинских учреждений.** Однако в медицинских учреждениях происходит лишь часть событий, подлежащих регистрации, уже не говоря о трудностях, связанных с поддержанием системы отчетности. Статистика медицинских учреждений — это в настоящее время наименее надежный источник информации о рождениях и смерти.

Оптимальный подход к оценке материнской и детской смертности основан на использовании данных **системы регистрации рождений и смертей**. Однако во многих развивающихся странах такие системы все еще имеют незавершенный характер. Осуществляемая регистрация рождений и смертей не полностью охватывает сельское население, а также группы, находящиеся на низком социально-экономическом уровне. В 47 странах мира регистрация смерти осуществляется лишь среди менее 50% населения. Таким образом, например, надежные значения показателя неонатальной смертности могут быть просчитаны лишь для 72 стран, что отражает менее 14% от глобального числа рождений. Не всегда используется международное определение понятия смерти новорожденного *(62, 63)*. Получаемые значения расчетных показателей (что особенно характерно для стран Центральной Азии), таким образом, не всегда пригодны для международных сравнений *(64)*. Еще более сложно в настоящее время использовать системы регистрации рождений и смертей для оценки материнской смертности. Определение причины смерти и ее связи с беременностью является нелегкой задачей, особенно в ситуации, когда смерть чаще всего происходит дома. Неправильное классифицирование или недоучет причины смерти — частое явление (от 17% до 63%) даже в странах с полностью развитой системой регистрации рождений и смертей *(65)*, уже не говоря о тех странах, где такие системы охватывают только часть населения.

Многие развивающиеся страны, где нет рутинного подсчета рождений и случаев смерти, проводят **выборочные эпидемиологические опросы** женщин относительно «истории родов», а также, сколько из их детей умерло, когда и в каком возрасте. Подобные опросы дают возможность оценить уровень детской смертности. Часто они правильно спланированы в статистическом плане, однако могут страдать наличием систематических погрешностей или давать недостоверные результаты при неадекватном определении выборки, не являющейся репрезентативной для населения в целом. Если мать уже сама умерла, сведения о ее умершем ребенке вообще не будут отражены в данных опроса. Матери часто не знают точной даты рождения ребенка или в каком возрасте он умер. Полнота сбора данных и их достоверность во многом зависят от навыков сотрудников, проводящих опрос, и их внимания к особенностям местной культуры. К сожалению, в открытых источниках редко можно найти сведения о качестве данных, получаемых при таких опросах.

Еще сложнее оценивать с помощью выборочных опросов материнскую смертность. Сведения приходится по крохам собирать от родственников. Обычно при интервьюировании женщины ей задают вопрос, не было ли случаев смерти среди ее сестер во время беременности или вскоре после родов *(66)*. Это предполагает, что у каждой женщины, умершей в родах, имелась хотя бы одна сестра, что сестра жива на момент опроса, что ей известно о данном факте смерти и что она знает возраст умершей и состояние ее беременности на момент смерти. Материнская смерть — это статистически редкое событие. Поэтому весьма трудно собрать достаточно большое число случаев, позволяющее рассчитать показатель материнской смертности с необходимой точностью и надежностью без проведения более дорогостоящих исследований смертности в репродуктивном возрасте *(60)*. Общий результат таков, что выявляемые параметры уровней и тенденций часто очень трудно интерпретировать.

В странах с неполной регистрацией естественного движения населения и где не проводился опрос, единственной остающейся возможностью получить представление о смертности является построение **моделированной оценки**. Это фактически предположение, обоснованное информацией из похожих или соседних стран. 28 стран полагаются только на такие оценки в трактовке уровня неонатальной смертности, 62 страны — материнской смертности. К моделированным оценкам следует относиться с большой осторожностью, но они могут представлять собой единственный источник информации.

В настоящем *Докладе о состоянии здравоохранения в мире* впервые отдельно представлены таблицы с оценками смертности по странам, основанными на данных опросов или регистрации рождений и смертей, там где эти данные имелись, и таблицы с национальными оценками, полученными путем моделирования и адаптации. Эти оценочные данные приведены в таблицах 2а, 2б и 8 приложения.

смерти продолжает расти, поскольку имеющееся незначительное снижение показателя смертности не может «компенсировать» растущую рождаемость. Данная группа характеризовалась наивысшим уровнем смертности в 1990 г. — в среднем 207. Наконец, имеется 14 стран в ситуации «регресса», где усредненное значение показателя смертности детей до 5 лет к 1990 г. снизилось до 111, а затем вновь повысилось. В течение 1990-х годов таких стран стало больше, чем их было во время двух предыдущих десятилетий вместе взятых. Наблюдаемые изменения направления развития стали также более ярко выраженными. Подавляющее большинство стран «стагнации» или «регресса» находятся в Африканском регионе.

Данная группировка стран[1], классифицированных в соответствии с прогрессом в области снижения смертности детей до 5 лет в течение 1990-х годов, приблизительно отражает и ситуацию с неонатальной и материнской смертностью в этих же странах. Данных о наличии тенденций не имеется, тем не менее, известно, что уровни неонатальной и материнской смертности наиболее высоки в странах «регресса» и «стагнации» в динамике смертности детей до 5 лет (см. табл. 1.1 и рис. 1.3-1.6).

## ЦИФРЫ ОСТАЮТСЯ ВЫСОКИМИ

Наряду с тем, что наблюдаемые темпы улучшения ситуации не оправдали всеобщих ожиданий и надежд, имеющиеся достижения в предотвращении случаев смерти частично нивелируются за счет демографической инерции. Количество случаев преждевременной смерти матерей и детей вполне возможно возрастает, так как, несмотря на снижение относительного показателя смертности, значения абсолютной численности матерей, родов и детей продолжают расти. В глобальных масштабах количество живорождений к 2015 г. достигнет своего максимального значения в 137 млн. в год *(68)* — это на 3,5 млн. больше, чем в настоящее время. Бóльшая часть этого роста будет приходиться на страны Африки к югу от Сахары и на некоторые области Азии, в частности Пакистан и северную Индию, где рост рождаемости в абсолютных цифрах распространится и на 2020-е годы, даже если показатель фертильности будет продолжать снижаться. Эти регионы отличаются наихудшей защитой девушек-подростков и молодых женщин от ранней или нежелательной беременности, наиболее высоким уровнем смертности в связи с небезопасным абортом, наивысшим риском при родах и где ребенку труднее всего выжить.

Почему после десятилетий приоритетного статуса и спустя более 10 лет после Международной конференции по народонаселению и развитию остается необходимость подчеркивать в данном докладе особую важность проблемы здоровья матери и ребенка? Прогресс замедлился и становится все более неравномерным, углубляя различия как между богатыми и бедными странами, так и между богатыми и бедными людьми в самих странах. В следующей главе рассматриваются причины такой неоднородности в темпах прогресса.

[1] По пяти странам данные отсутствуют

Рис. 1.3 Динамика показателей смертности детей в возрасте до 5 лет, 1990–2003 гг.: прогресс, стагнация или регресс показателей в различных странах

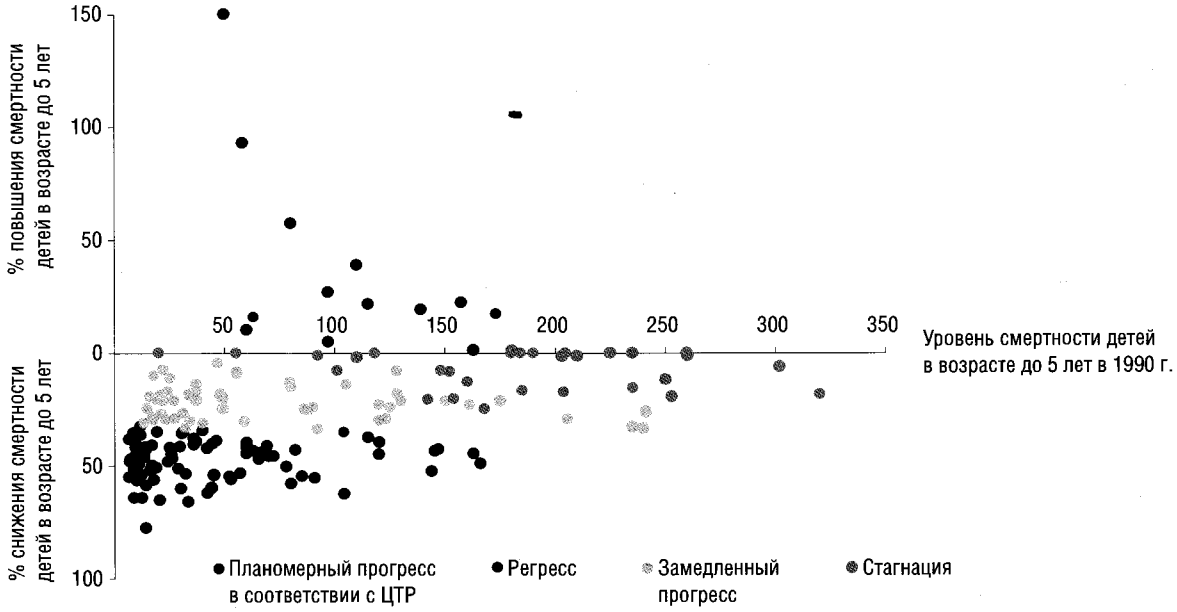



Рис. 1.4 Различные типы динамики показателей смертности детей в возрасте до 5 лет, 1990-2003 гг.

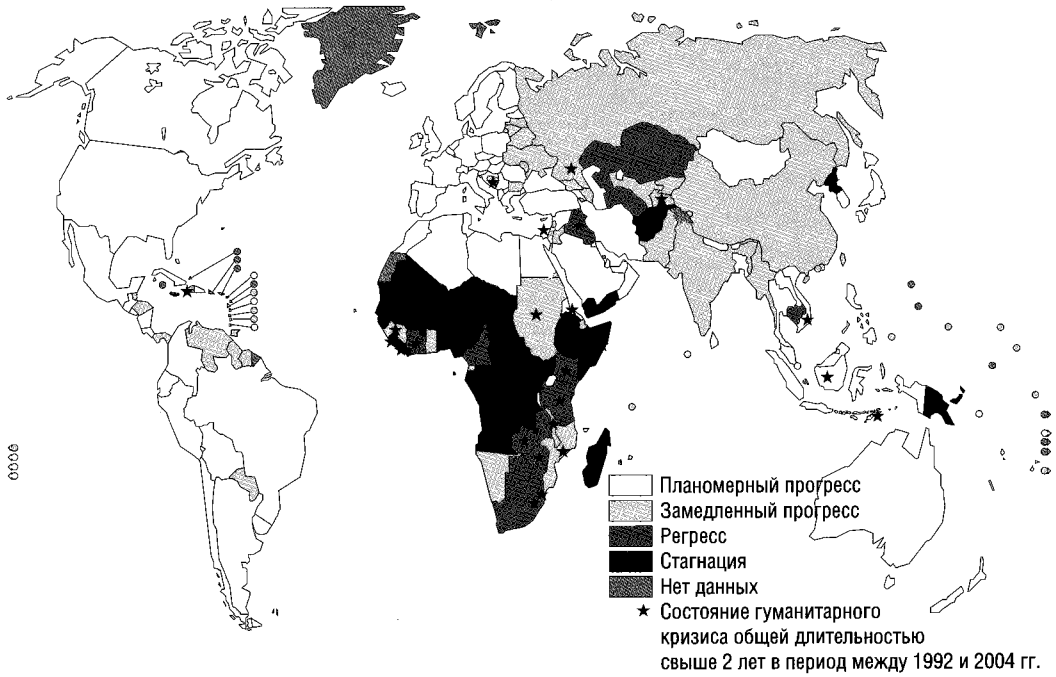


Рис. 1.5 Показатель материнской смертности, на 100 000 живорождений, в 2000 г.

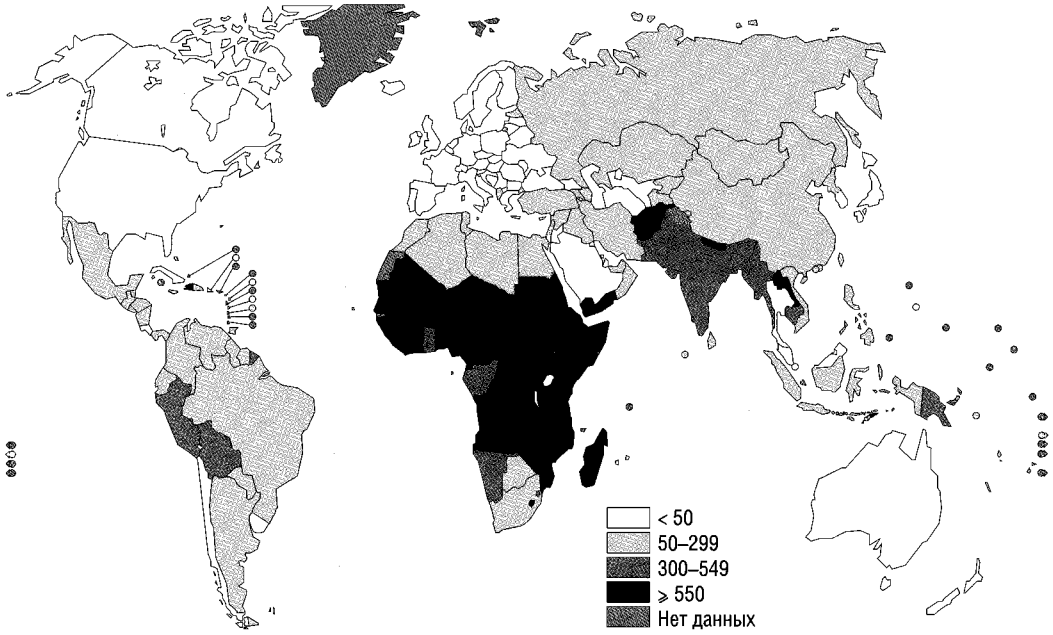
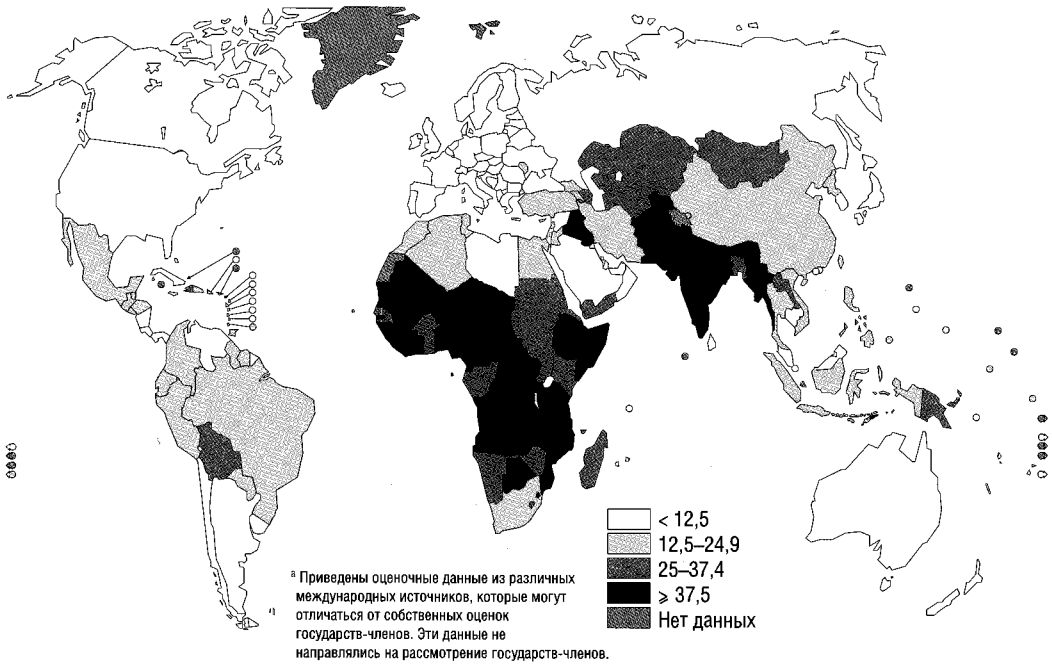



Рис. 1.6 Показатель неонатальной смертности, на 1000 живорождений, в 2000 г.[a]




[a] Приведены оценочные данные из различных международных источников, которые могут отличаться от собственных оценок государств-членов. Эти данные не направлялись на рассмотрение государств-членов.

Таблица 1.1 Неонатальная и материнская смертность в странах, где динамика снижения детской смертности характеризуется состоянием стагнации или регресса

| Снижение детской смертности (1990-2003) | Число стран | Численность населения (2003 г.)[a] | Среднее число живорождений в год (2000-2005)[a] | Показатель смертности детей в возрасте до 5 лет (1990 г.)[b] | Показатель смертности детей в возрасте до 5 лет (2003 г.)[b] | Число случаев смерти среди детей в возрасте до 5 лет (2003 г.)[a] | Показатель неонатальной смертности (2000 г.)[b] | Число случаев смерти новорожденных (2000 г.)[a] | Показатель материнской смертности (2000 г.)[c] | Число случаев материнской смертности (2000 г.)[a] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Планомерный прогресс | 30 (ОЭСР) | 1 155 219 (18%) | 14 980 (11%) | 22 | 13 | 190,5 (2%) | 7 | 110,5 (3%) | 29 | 4,3 (1%) |
| | 63 (не входящие в ОЭСР) | 1 386 579 (22%) | 30 782 (23%) | 78 | 39 | 1200,5 (12%) | 19 | 591,6 (15%) | 216 | 65 (12%) |
| Замедленный прогресс | 51 | 3 011 922 (48%) | 58 858 (44%) | 92 | 72 | 4 185,5 (40%) | 35 | 2 069,5 (52%) | 364 | 212,9 (40%) |
| Регресс | 14 | 241 209 (4%) | 7 643 (6%) | 111 | 139 | 1 046,9 (10%) | 41 | 305,4 (8%) | 789 | 59,9 (11%) |
| Стагнация | 29 | 487 507 (8%) | 20 678 (16%) | 207 | 188 | 3 773,9 (36%) | 47 | 921,3 (23%) | 959 | 185,8 (35%) |

[a] Абсолютные значения — в тысячах
[b] На 1000 живорождений
[c] На 100 000 живорождений

## Библиография


1. Loudon I. Childbirth. In: Bynum WF, Porter R, eds. *Companion encyclopedia of the history* of medicine. London and New York, NY, Routledge, 1993:1050-1071.
2. Haines A, Cassels A. Can the Millennium Development Goals be attained? *BMJ*, 2004, 329:394-397.
3. Nullis-Kapp C. The knowledge is there to achieve development goals, but is the will? *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:804-805.
4. Dwork D. *War is good for babies and other young children*. London, Tavistock, 1987.
5. Budin P. La mortalite infantile de 0 a 1 an [Infant mortality from 0 to 1 year]. *L'Obstetrique*, 1903:1-44.
6. Ungerer RLS. *Comecar de novo: Uma revisao historica sobre a crianca e o alojamento conjunto mae-filho [Starting afresh: a historical overview of children and keeping mothers and newborns together in hospital]*. Rio de Janeiro, Papel Virtual Editora, 2000.
7. Baker SJ. *Fighting for life*. New York, NY, Macmillan, 1939.
8. Van Lerberghe W, De Brouwere V. Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. In: De Brouwere V, Van Lerberge W., eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Antwerp, ITG Press, 2001 (Studies in Health Organisation and Policy, 17:7-33).
9. *United Nations Universal Declaration of Human Rights*. New York, NY, United Nations, 1948.

10. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. Статья 2. В сборнике: Всемирная организация здравоохранения. Основные документы. Сороковое издание. Женева, 1995.
11. Walsh JA, Warren K. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 1979, 301:967-974.
12. Mahler H. The Safe Motherhood Initiative: a call to action. *Lancet*, 1987,1:668-670.
13. Jaffre Y, Olivier de Sardan JP. *Une medecine inhospitaliere: les difficiles relations entre soignants et soignes dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest [Inhospitable medicine: difficult relations between carers and cared for in five West African capital cities]*. Paris, Karlhala, 2003.
14. Jowett M. Safe Motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy*, 2000, 53:201-228.
15. *The world health report 2002 — Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002.
16. Musgrove P. Public spending on health care: how are different criteria related? *Health Policy*, 1999, 47:207-223.
17. Strong MA. *The effects of adult mortality on infant and child mortality*. Unpublished paper presented at the Committee on Population Workshop on the Consequences of Pregnancy, Maternal Morbidity and Mortality for Women, their Families, and Society, Washington, DC, 19-20 October 1998.
18. Ainsworth M, Semali I. The impact of adult deaths on the nutritional status of children. In: *Coping with AIDS: the economic impact of adult mortality on the African household*. Washington, DC, World Bank, 1998.
19. Reed HE, Koblinsky MA, Mosley WH. *The consequences of maternal morbidity and maternal mortality: report of a workshop*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.
20. Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and metaanalysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 1987, 65:663-737.
21. Prada JA, Tsang RC. Biological mechanisms of environmentally induced causes of IUGR. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl. 1):S21-S27.
22. Murphy JF, O'Riordan J, Newcombe RG, Coles EC, Pearson JF. Relation of haemoglobin levels in first and second trimesters to outcome of pregnancy. *Lancet*, 1986, 1(8488):992-995.
23. Zhou LM, Yang WW, Hua JZ, Deng CQ, Tao X, Stoltzfus RJ. Relation of hemoglobin measured at different times in pregnancy to preterm birth and low birth weight in Shanghai, China. *American Journal of Epidemiology*, 1998, 148:998-1006.
24. Merialdi M, Caulfield LE, Zavaleta N, Figueroa A, DiPietro JA. Adding zinc to prenatal iron and folate tablets improves fetal neurobehavioral development. *American Journal of Obstetetrics and Gynecology*, 1999, 180:483-490.
25. Ferro-Luzzi A, Ashworth A, Martorell R, Scrimshaw N. Report of the IDECG Working Group on Effects of IUGR on Infants, Children and Adolescents: immunocompetence, mortality, morbidity, body size, body composition, and physical performance. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl. 1):S97-S99.
26. Grantham-McGregor SM. Small for gestational age, term babies, in the first six years of life. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl. 1):S59-S64.
27. Grantham-McGregor SM, Lira PI, Ashworth A, Morris SS, Assuncao AM. The development of low-birth-weight term infants and the effects of the environment in northeast Brazil. *Journal of Pediatrics*, 1998, 132:661-666.
28. Goldenberg R, Hack M, Grantham-McGregor SM, Schurch B. *Report of the IDECG/IUNS Working Group on IUGR: effects on neurological, sensory, cognitive, and behavioural function*. Lausanne, IDECG Secretariat, c/o Nestle Foundation, 1999.

29. Barker DJP. *Mothers, babies and health in later life*, 2nd ed. Sydney, Churchill Livingstone, 1998.
30. Grivetti L, Leon D, Rasmussen K, Shetty PS, Steckel R, Villar J. Report of the IDECG Working Group on Variation in Fetal Growth and Adult Disease. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl. 1):S102-S103.
31. Bhargava A. *Nutrition, health and economic development: some policy priorities*. Geneva, World Health Organization, 2001 (Commission on Macroeconomics and Health, CMH Working Paper Series, Paper No. WG1:14).
32. Scrimshaw NS. Malnutrition, brain development, learning, and behavior. *Nutrition Research*, 1998, 18:351-379.
33. Grantham-McGregor SM, Ani CC. *Undernutrition and mental development*. Lausanne, Nestle, 2001 (Nutrition Workshop Series, Clinical Performance Programme, 5:1-14).
34. Alderman H, Behrman JR, Lavy V, Menon R. *Child nutrition, child health, and school enrollment: a longitudinal analysis*. Washington, DC, World Bank (Policy Research Department, Poverty and Human Resources Division), 1997.
35. Glewwe P, Jacoby HG, King EM. Early childhood nutrition and academic achievement: A longitudinal analysis. *Journal of Public Economics*, 2001, 81:345-368.
36. Alderman H, Behrman JR. *Estimated economic benefits of reducing low birth weight in low-income countries*. Washington, DC, World Bank, 2004 (Health, Nutrition and Population Discussion Paper).
37. Martorell R, Ramakrishnan U, Schroeder DG, Melgar P, Neufeld L. Intrauterine growth retardation, body size, body composition and physical performance in adolescence. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl. 1):S43-S52.
38. Islam MK, Gerdtham U-G. *A systematic review of the estimation of costs-of-illness associated with maternal newborn ill-health*. Geneva, World Health Organization, 2004. Maternal-Newborn Health and Poverty (MNHP) Project.
39. Legislator's Committee on Population and Development. Family planning saves lives and P303 million for the Philippine Government. *People Count*, 1993, 3:1-4.
40. Martinez Manautou J. *Analisis del costo beneficio del programa de planificacion familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (impacto economico) [Cost-benefit analysis of the Mexican Social Security Institute's family planning programme (economic impact)]*. Mexico City, Academia Mexicana de Investigacion en Demografia Medica, 1987.
41. Belli PC, Appaix O. *The economic benefits of investing in child health*. Washington, DC, World Bank, 2003 (Health, Nutrition and Population Discussion Paper).
42. Karoly LA, Greenwood PW, Everingham SS, Houbе J, Kilburn MR, Rydell CP et al. *Investing in our children, what we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions*. Santa Monica, CA, RAND Corporation, 1998.
43. Behrman JR. The economic rationale for investing in nutrition in developing countries. *World Development*, 1993, 21:1749-1771.
44. Behrman JR, Hoddinott J. *Evaluacion del impacto de progresa en la talla del nino en edad preescolar [An evaluation of the impact of PROGRESA on pre-school child height]*. Washington, DC, International Food Policy Research Institute, 2000.
45. Van der Gaag J, Tan JP. *The benefits of early child development programs: an economic analysis*. Washington, DC, World Bank, 1996.
46. Quisumbing AR, Haddad L, Pena C. Are women overrepresented among the poor? An analysis of poverty in 10 developing countries. *Journal of Developing Economics*, 2001, 66:225-269.
47. Borghi J, Hanson K, Acquah CA, Ekanmian G, Filippi V, Ronsmans C et al. Costs of nearmiss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. *Health, Policy and Planning*, 2003, 18:383-390.
48. Sen A. *Development as freedom*. New York, NY, Anchor Books, 1999.

49. *Мы, народы: роль Организации Объединенных Наций в XXI веке. Доклад Генерального секретаря ООН на Ассамблее тысячелетия Организации Объединенных Наций, март 2000 г.* (http://www.un.org/russian/conferen/millennium/2000-3.htm, доступ — 16.04.2005)
50. *United Nations Millennium Declaration*. New York, NY, United Nations, 2000 (United Nations General Assembly resolution 55/2; http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf, accessed 22 November 2004).
51. *Human development report 2004 — Cultural liberty in today's diverse world*. New York, NY, United Nations Development Programme, 2004.
52. de Onis M, Blossner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:518-526.
53. Maternal and child health: regional estimates of perinatal mortality. *Weekly Epidemiological Record*, 1989, 24:184-186.
54. *Perinatal mortality. A listing of available information*. Geneva, World Health Organization, 1996 (WHO/FRH/MSM/96.7).
55. *State of the world's newborns: a report from Saving Newborn Lives*. Washington, DC, Save the Children Fund, 2004:1-28.
56. Hyder AA, Wali SA, McGuckin J. The burden of disease from neonatal mortality: a review of South Asia and Sub-Saharan Africa. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 2003, 110:894-901.
57. Tinker A, Ransom E. Healthy mothers and healthy newborns: the vital link. Washington, DC, Save the Children/Population Reference Bureau, 2002 (Policy Perspectives on Newborn Health).
58. *Best practices: detecting and treating newborn asphyxia*. Baltimore, MD, JHPIEGO, 2004.
59. Katz J, West KP Jr., Khatry SK, Christian P, LeClerq SC, Pradhan EK et al. Risk factors for early infant mortality in Sarlahi district, Nepal. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:717-725.
60. *Maternal mortality in 2000. Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Geneva, World Health Organization, 2004.
61. Graham W, Hussein J. The right to count, *Lancet*, 363:67-68.
62. Elkoff VA, Miller JE. Trends and differentials in infant mortality in the Soviet Union, 1970-90: how much is due to misreporting? *Population Studies*, 1995, 49:241-258.
63. Mugford M. A comparison of reported differences in definitions of vital events and statistics. *World Health Statistics Quarterly*, 1983, 36:201-212.
64. *Social Monitor, 2003. Special feature: infant mortality*. New York, NY, United Nations Children's Fund, 2003.
65. Bouvier Colle MH, Varnoux N, Costes P, Hatton F. Reasons for the under-reporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. *International Journal of Epidemiology*, 1991, 20:717-721.
66. *The sisterhood method for estimating maternal mortality: guidance for potential users*. Geneva, World Health Organization, 1997 (WHO/RHT/97.28).
67. *Human development report 2003 — Millennium Development Goals: a compact among nations to end human poverty*. New York, NY, Oxford University Press for the United Nations Development Programme, 2003.
68. United Nations Population Division. *World population prospects: the 2002 revision population database* (http://esa.un.org/unpp/, accessed 28 December 2004).

P. Virot/WHO

глава вторая

# препятствия на пути к прогрессу: контекст или политика?

**В этой главе сделана попытка объяснить, почему прогресс в области здоровья матери и ребенка стал давать настолько явный сбой во многих странах. В ней подробно показано, каким образом проявляется четкая зависимость замедленного прогресса, стагнации или регресса в динамике детской смертности от нищеты, ВИЧ/СПИДа и гуманитарных кризисов, приводящих к лишению доступа к медико-санитарной помощи. В ряде стран внедренные стратегии, нацеленные на обеспечение населения услугами медико-санитарной помощи, не принесли ожидаемых результатов. Многие страны построили свои системы здравоохранения по окружному принципу с опорой на сеть медико-санитарных центров в качестве первичного этапа и окружную больницу — в качестве вторичного этапа оказания помощи в каждом округе, однако во многих случаях крайняя нехватка ресурсов не позволила успешно осуществить эту модель. Сделан, однако, вывод, что правительствам не следует сбрасывать со счетов окружную модель здравоохранения, которая остается одним из рациональных путей организации децентрализованной системы оказания медико-санитарной помощи.**

Несмотря на то, что уже в течение десятилетий на глобальном уровне существует единое мнение, что охрана здоровья матери и ребенка — это один из социальных приоритетов, в этом направлении предстоит еще много сделать. Наибольший прогресс достигнут странами, которые в начале 1990-х годов находились в относительно хорошей ситуации, в то время как менее благополучные страны, в особенности расположенные в Африке к югу от Сахары, существенно отстали. Этот значительный и все увеличивающийся разрыв в большой степени можно объяснить условиями, в которых развивались системы здравоохранения. Наблюдаемые в ряде стран замедление прогресса, стагнация и регресс четко соотносятся с проявлениями нищеты, гуманитарными кризисами, а также с прямым и косвенным влиянием ВИЧ/СПИДа (см. табл. 2.1). Это приводит к все более заметному разрыву между людьми, имеющими доступ к медико-санитарной помощи, и той частью населения, которая его лишена. Отсутствие доступа к услугам здравоохранения при-

водит к еще более резкому неравенству в показателях выживаемости матерей и новорожденных, чем имеющему место по отношению к детям. Вне зависимости от контекста, дефицит прогресса также обусловлен проявленной несостоятельностью систем здравоохранения в плане оказания высококачественной помощи всем матерям и детям.

Развитие в направлении обеспечения всеобщего доступа к медико-санитарной помощи должно принимать во внимание наличие барьеров для прогресса, обусловленных местными условиями, причины отсутствия доступа у тех или иных групп населения, а также различные сочетания факторов, препятствующих доступу. Многие страны, и в особенности те, что сталкиваются с наибольшими трудностями, построили свои системы здравоохранения с использованием окружного принципа, при котором костяком системы оказания медико-санитарной помощи являются сеть медико-санитарных центров (первичная помощь) и окружная больница (вторичная помощь). В данной главе выдвигается тезис о том, что неутешительная ситуация во многих странах часто объясняется не столько несостоятельностью самой стратегии, сколько условиями, в которых осуществлялись попытки ее внедрения. Необходимы новые усилия для создания условий, которые могут обеспечить успешный процесс внедрения.

## ЗНАЧЕНИЕ КОНТЕКСТА

### Нищета подрывает прогресс

Многие из стран, где показатели детской смертности стоят на месте (стагнация) или ухудшаются (регресс), по уровню своего валового внутреннего продукта являются бедными; другие — переживают экономический спад. Доля населения и общее число людей во всем мире, имеющих доход менее 1 долл. США в день, снижаются *(1)*, и поэтому напрашивается вывод, что проблема денежной нищеты должна постепенно отходить на задний план. Однако положительные сдвиги в этом отношении отмечены почти исключительно в Азии. Часть Африки, расположенная к югу от Сахары, где находится большинство стран в ситуации стагнации или регресса в отношении детской смертности, является в настоящее время регионом наибольшего распространения и выраженности явлений крайней нищеты *(2)*. Средний доход представителей неимущих слоев населения в странах Африки, в отличие от остальных развивающихся стран, постоянно снижается *(3)*.

Нищета также оказывает влияние на здоровье матерей. Смерть в связи с родами — это обычно результат цепи провалов во взаимоотношениях женщины и системы здравоохранения: запоздалое обращение за помощью, отсутствие возможности соблюдения полученных медицинских рекомендаций, несостоятельность системы здравоохранения в оказании полноценной или своевремен-

Таблица 2.1 Факторы, сдерживающие прогресс

| Снижение детской смертности | Гуманитарный кризис длительностью свыше двух лет за период с 1992 г. | Распространенность ВИЧ-инфекции среди взрослых (взвешенный усредненный показатель) | ВВП на душу населения (взвешенный усредненный показатель за 1990–2003 гг. в международных долларах 1995 г.) |
|---|---|---|---|
| 93 страны планомерно прогрессируют[a] | 3 из 93 стран | 0,3 | 20 049 (страны ОЭСР)<br>4179 (страны, не входящие в ОЭСР) |
| 51 страна — прогресс замедлен[a] | 10 из 51 страны | 0,7 | 2657 |
| 14 стран — инверсия прогресса (регресс) | 8 из 14 стран | 10,2 | 1627 (за исключением Южной Африки) |
| 29 стран — смертность стоит на месте (стагнация) | 11 из 29 стран | 4,1 | 896 |

[a] по достижению Цели тысячелетия в области развития № 4

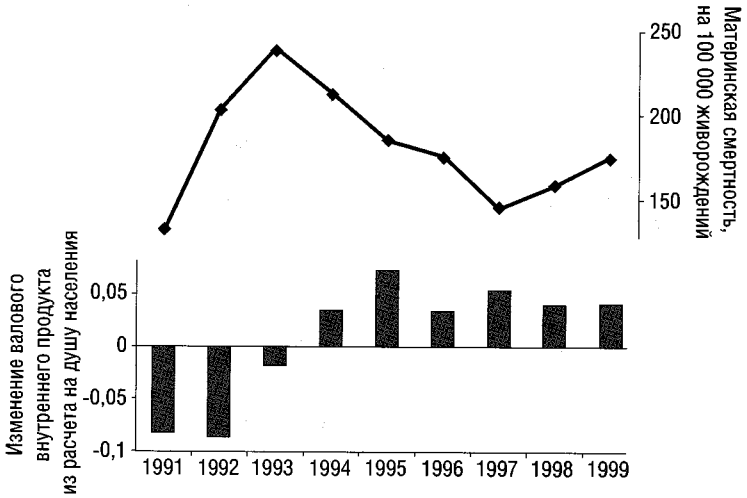
## Вставка 2.1 Экономический кризис и коллапс системы здравоохранения: фатальная череда событий

Дашниам, 41-летняя домашняя хозяйка, принадлежала к крайне нуждающейся семье мигрантов из сельской местности в одном из провинциальных центров в Монголии. Ни она сама, ни ее муж не имели постоянной работы, зачастую — и жилья. В семье было шестеро детей. Во время последней беременности у Дашниам возникли отеки, и развилось состояние преэклампсии, что обусловило необходимость ручного отделения последа. Впоследствии она выразила желание больше не иметь беременностей, и ей было введено внутриматочное контрацептивное средство (ВМС). Наличие ВМС вызвало побочные эффекты, и, в конце концов, после шести лет применения Дашниам попросила удалить его в связи с развившимся воспалительным заболеванием органов малого таза с болевым синдромом. Акушер, удалявший ВМС, настойчиво рекомендовал ей использовать какой-нибудь другой метод контрацепции. Такой же совет дал ей и ее врач первичной помощи. По неизвестным причинам она не последовала этим указаниям и вскоре вновь забеременела. Она не обращалась за антенатальной помощью, беременность была обнаружена во время антенатального обследования ее 18-летней дочери. Принимая во внимание анамнез и возраст Дашниам и поскольку она сказала, что не хочет иметь ребенка, семейный врач настоятельно рекомендовал ей обратиться в местную больницу для искусственного прерывания беременности. Однако к тому времени, когда она смогла собрать необходимые средства, беременность была уже на поздних сроках, и проведение аборта стало невозможным. Она вернулась домой, где семейный врач продолжал оказывать ей антенатальную помощь. По мере приближения срока родов у нее стали появляться признаки преэклампсии — высокое артериальное давление и отеки. Учитывая возраст, осложненный анамнез и наличие данных серьезных симптомов, врач настоятельно рекомендовал ей обратиться в отделение патологии беременности родильного дома при провинциальной больнице. Однако бюрократические препятствия более недели задерживали ее госпитализацию: вначале у нее не оказалось документов, подтверждающих наличие медицинской страховки, а затем — не было свободного места в больнице. Родоразрешение было проведено путем кесарева сечения, осложнившегося тяжелым кровотечением. После задержки, связанной с поисками анестезиолога, кровотечение было наконец остановлено с помощью экстренного хирургического вмешательства, но в больнице не оказалось крови для переливания. Женщина умерла от геморрагического шока. (Имена и названия мест изменены).

*Источник: (7).*

ной помощи. Такие провалы с большей вероятностью случаются и сходятся вместе в гибельном сочетании там, где имеют место неблагоприятные макроэкономические и социальные условия. Так, например, в Монголии введение «шоковой терапии» в начале 1990-х годов повлекло за собой повсеместный социальный хаос и коллапс экономики *(4, 5)* с резким ростом безработицы и широким распространением нищеты. Объем государственных ассигнований упал вдвое, обусловив значительное снижение инвестирования в социальные службы, здравоохранение и образование. Многие больницы, амбулатории и родильные дома либо закрылись, либо сократили объем оказания помощи *(6)*. Деятельность сектора здравоохранения при существенной поддержке международных займов со временем была восстановлена, но произошедший коллапс системы оказания помощи успел вызвать временное ухудшение показателей материнской смертности (см. рис. 2.1). На вставке 2.1 приведен пример того, каким образом прогрессирующее усугубление нищеты может приводить к фатальной последовательности событий.

Рис. 2.1 Временное ухудшение показателей материнской смертности в Монголии в начале 1990-х годов



## Прямое и косвенное влияние ВИЧ/СПИДа

В ряде стран, в особенности в Африке к югу от Сахары, влияние нищеты и экономического спада на условия жизни людей, на их здоровье и на деятельность систем здравоохранения дополнительно усугубляется за счет эпидемии ВИЧ/СПИДа.

ВИЧ/СПИД оказывает прямое и косвенное воздействие. Он прямо влияет на здоровье инфицированных женщин и детей (см. вставку 2.2). Во всемирном масштабе доля ВИЧ/СПИДа среди причин детской смертности невелика, однако в странах Африки к югу от Сахары она постоянно повышается. В 1990 г. ВИЧ/СПИД обусловливал около 2% смертности детей в возрасте до пяти лет в этом регионе; через десять лет этот показатель вырос до 6,5%, хотя и есть значительные различия между отдельными странами. Показатели распространенности ВИЧ-инфекции в странах со стагнацией или регрессом детской смертности, находятся на гораздо более высоком уровне по сравнению с остальными странами *(17)*; в 9 из 10 африканских стран, характеризующихся регрессом показателей, в 1999 г. ВИЧ/СПИД был причиной более 10% детских смертей, что значительно превышает аналогичные показатели для 1990 г. *(18)*. Однако ВИЧ/СПИД как непосредственная причина смерти не может полностью объяснить феномен замедления или регресса динамики детской смертности.

ВИЧ/СПИД также влияет на здоровье матерей и детей косвенным путем. В условиях нехватки ресурсов диагностика и лечение ВИЧ/СПИДа у матерей и детей редко проводятся надлежащим образом и представляют собой большую проблему. ВИЧ/СПИД — это дополнительное бремя для и без того непрочных систем здравоохранения. Появляется необходимость в создании новых служб, таких как службы, обеспечивающие профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку, ВИЧ-тестирование и консультирование, а также выполнение сложных диагностических исследований *(19, 20)*. Это требует увеличения расходов на инфраструктуру, оснащение, медикаменты и персонал. Если не происходит соответствующего увеличения финансирования, то службам охраны здоровья матери и ребенка приходится делиться своими скудными средствами и кадровыми ресурсами. Поскольку многие медицинские работники сами заболевают, остальные вынуждены работать с перегрузкой *(21)*. Страх, недостаток знаний и навыков защиты от заражения ВИЧ-инфекцией, а также стресс, связанный с уходом за безнадежными больными, снижают работоспособность персонала. В результате становится все труднее привлекать молодых людей к работе, связанной с лечением и уходом за больными, особенно в акушерстве.

## Конфликты и чрезвычайные ситуации ослабляют системы здравоохранения

Применительно к 19 из 43 стран, находящихся в состоянии стагнации или регресса в отношении детской смертности, составлялись Консолидированные призывы ООН по оказанию международной гуманитарной помощи в связи с чрезвычайными ситуациями на их территории длительностью свыше двух лет. Эти ситуации возникают тогда, когда местные или национальные структуры разрушены или перенапряжены до такой степени, что они не в состоянии больше обеспечивать самые основные потребности населения, и когда возникает необходимость в международной гуманитарной помощи, объем и характер которой выходят за рамки мандата или возможностей какой-либо одной международной организации. При этом часто наблюдается несостоятельность органов власти и значительные масштабы насилия — направленного на людей, окружающую среду, инфраструктуру и частную собственность. В этих условиях женщины и дети платят самую большую цену: они составляют наиболее уязвимые группы, а также в первую очередь подвержены неблагоприятному воздействию факторов чрезвычайной ситуации (взрослые мужчины стремятся покинуть данную территорию либо вливаясь в ряды участников военных действий, либо отправ-

## Вставка 2.2 Каким образом ВИЧ/СПИД оказывает прямое воздействие на здоровье женщин и детей

Пандемия ВИЧ/СПИДа взимает все более тяжелую дань с женщин и детей, особенно в странах Африки к югу от Сахары. На сегодняшний день в мире насчитывается около 39 млн. человек, зараженных ВИЧ, в том числе 2,2 млн. детей в возрасте до 15 лет и 18 млн. женщин. В 2004 г. зарегистрировано 4,9 млн. новых случаев инфицирования, в том числе 640 000 — среди детей до 15 лет *(8)*. Почти 90% случаев заражения детей приходится на страны Африки к югу от Сахары, где имеются высокие показатели фертильности и распространенности ВИЧ-инфекции среди женщин *(9)*. В 2004 г. от СПИДа умерли 3,1 млн. человек, включая 510 000 детей *(8)*. Таким образом, ВИЧ/СПИД обусловил значительный рост смертности во многих странах. В наиболее пораженных странах Африки к югу от Сахары это ведущая причина смерти среди женщин и детей *(10)*.

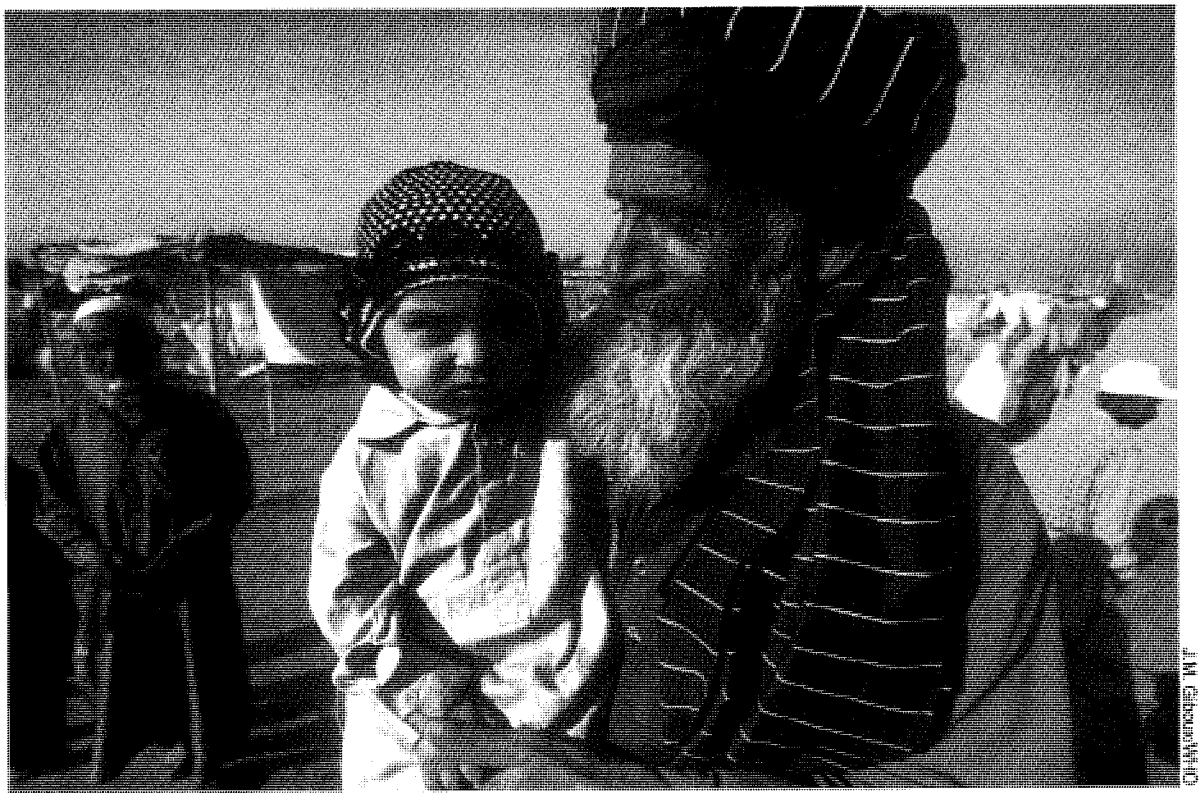
Ежегодно в мире происходит около 2,2 млн. родов среди женщин, зараженных ВИЧ-инфекцией *(11)*. Беременность на фоне ВИЧ-инфекции повышает риск акушерских осложнений (выкидыш, анемия, послеродовые кровотечения, послеродовой сепсис и осложнения после хирургических вмешательств). СПИД также является важнейшей косвенной причиной материнской смертности вследствие повышения заболеваемости малярией и оппортунистическими инфекциями, в частности туберкулезом *(12)*. Сочетанное воздействие этих различных факторов может свести на нет достигнутый прогресс в области снижения материнской смертности от других причин. Например, в Уганде, в округе Ракаи уровень материнской смертности среди ВИЧ-инфицированных женщин составлял 1687 на 100 000 живорождений, по сравнению с 310 — среди неинфицированных *(13)*. Показатель материнской смертности в Университетской клинической больнице в Лусаке (Замбия) в течение 1975–1997 гг. вырос в восемь раз, в основном за счет неакушерских причин смерти. По сравнению с 1975 г., когда эти причины почти не имели значения, в 1997 г. 27% всей материнской смертности было обусловлено туберкулезом и хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, связанными с ВИЧ-инфекцией *(14)*.

Дети ВИЧ-инфицированных женщин подвержены более высокому риску умереть по сравнению с детьми неинфицированных матерей *(13)*. В результате смерти родителей от СПИДа растет число детей-сирот: в 40 странах Африки к югу от Сахары 9% детей в возрасте до 15 лет потеряли одного из родителей, 1% — обоих родителей *(15)*. Дети-сироты обладают повышенной уязвимостью по отношению к социальным факторам риска и неблагоприятным воздействиям на здоровье: они реже получают возможность ходить в школу, часто воспитываются в семьях, где условия для здорового развития — ниже средних. ВИЧ-инфекция у детей, почти всегда полученная от матери, обусловливает высокую смертность: почти 60% таких детей умирают, не достигнув пятилетнего возраста *(16)*. В Малави ВИЧ/СПИД является причиной вплоть до 10% детской смертности, а в одной из наиболее пораженных стран — Ботсване — в течение 1990-х годов уровень детской смертности удвоился, и в 2000 г. на ВИЧ/СПИД приходилось более 60% детской смертности *(16)*.

ляясь на поиски заработка) *(22)*. Вооруженные нападения часто направлены на ключевые объекты инфраструктуры: дороги, системы водоснабжения, линии коммуникаций, медицинские учреждения. Коллапс программ иммунизации и контроля заболеваний, систем направления больных с первичного на последующие уровни оказания помощи, а также работы больничных учреждений прежде всего наносит вред женщинам и детям. Нестабильная ситуация или открытые военные действия нарушают свободу передвижения на значительных пространствах, что затрудняет работу служб здравоохранения и доступ к медико-санитарной помощи. Многое, однако, зависит от способности систем здравоохранения действовать в подобных сложных условиях: имеются примеры завидной стойкости хорошо организованных округов здравоохранения (см. вставку 2.3).

## МНОГОЛИКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОТСУТСТВИЯ ДОСТУПА К ПОМОЩИ

Уровень доступа матерей и детей к услугам в области репродуктивного здоровья и охраны здоровья матери и ребенка сегодня намного выше, чем когда бы то ни было в прошлом. Однако во многих странах всеобщий доступ к товарам, услугам и возможностям, касающимся укрепления или сохранения здоровья, все еще является лишь целью отдаленного будущего. Варьирующая, но всегда значительная доля матерей и детей в ряде стран лишена возможности пользоваться теми услугами здравоохранения, к которым имеет доступ остальная часть населения. Такая дискриминация обусловлена социально-экономическим неравенством. Во многих странах это признак углубляющегося расслоения общества: по мере того, как растущий средний класс, проживающий в городах, приобретает непропорционально выгодные условия доступа к различным услу-



Во время гуманитарных кризисов часто нарушаются функции основных служб охраны здоровья матери и ребенка. Лагерь беженцев Нью-Джалозаи, Пешавар, Пакистан.

гам, включая образование и медико-санитарную помощь, он начинает конкурировать с малоимущими слоями за доступ к скудным государственным ресурсам и в этом соревновании легко оказывается победителем *(24)*.

В результате этого «исключение» определенных групп населения из доступа к медико-санитарной помощи стало обычным явлением в странах с низким уровнем доходов. В 42 странах, на которые в 2000 г. приходилось 90% всей смертности детей в возрасте до пяти лет, 60% детей с пневмонией не смогли получить необходимые антибиотики, и 70% детей, больных малярией, не получили никакого лечения *(25)*. Треть детей не получали витамин А, который был доступен для остальных детей в тех же самых странах, и половина всех детей не имели доступа к безопасной воде или санитарно-гигиеническим удобствам. В течение 1999–2001 гг. менее 2% детей в зонах, эндемичных по малярии, имели возможность каждую ночь спать под сетками, импрегнированным инсектицидами. Отсутствие прогресса в показателях охвата населения некоторыми мероприятиями фактически означает, что значительная часть населения по-прежнему исключена из доступа *(26)*. Уровень охвата иммунизацией, например, в течение 1990-х гг. сохранял тенденцию к повышению лишь в Европейском и Американском регионах, а также в регионе западной части Тихого океана, в то время как в других регионах ВОЗ он остановился в развитии, достигнув лишь 50%–70% (см. рис. 2.2).

## Причины исключения из доступа

Во многих странах, находящихся в состоянии стагнации или регресса (особенно в Африке к югу от Сахары), важнейшей причиной исключения из доступа явля-

ются препятствия к возможности воспользоваться положенными услугами в плане охраны здоровья и, в частности, недостаток досягаемых служб медико-санитарной помощи. Для многих людей службы просто не существуют или до них невозможно добраться. Так, например, затрудненный доступ к больницам, где возможно проведение больших акушерских вмешательств, является основной причиной того, что значительное число матерей в сельских районах не может получить помощь по жизненным показаниям при родах (см. вставку 2.4).

Имеется и множество других препятствий на пути получения положенного объема медико-санитарной помощи: использование служб часто ограничено вследствие того, что женщины не имеют достаточного права голоса в принятии решений, здоровье женщин ценится невысоко, а отношение членов семьи порой бывает негативным или критическим *(28, 29)*. Таким образом, частая причина исключения из доступа — гендерное неравенство. Так, в Индии у девочки в 1,5 раза меньше шансов, чем у мальчика, быть помещенной на лечение в больницу *(30)*, а вероятность смерти в возрасте от 1 до 5 лет — до 50% выше *(31)*.

Люди, не имеющие возможности воспользоваться причитающимися услугами вследствие препятствий к доступу к соответствующим службам, обычно также лишены доступа и к другим видам общественных благ, таких как электричество, водоснабжение, элементарные санитарно-гигиенические удобства, образование или информация. Их исключение из доступа к лечебно-профилактической помощи также отражается в более низких показателях здоровья. В Казахстане, например, риск смерти у детей, рожденных в семьях этнических казахов, в 1,5 раза выше, чем у детей этнических русских; в Нигерии риск смерти детей, матери которых не имеют никакого образования, приблизительно в 2,5 раза выше по сравнению с детьми женщин, получивших среднее или высшее образование.

В качестве компонента своей деятельности по расширению сферы социальной защиты в области здравоохранения Панамериканская организация здравоохранения приступила к документированию явлений исключения из доступа к помощи в ряде латиноамериканских стран *(32)*. Почти половина населения этих стран не может воспользоваться определенной (как правило — большей) частью услуг здравоохранения, на которые эти люди имеют номинальное право. Относительное значение тех или иных причин исключения варьирует от страны к стране.

«Внешние» причины исключения, подобные описанным выше — это географическая изоляция, а также барьеры, обусловленные нищетой, расовой принадлежностью, языком и культурой, часто — в сочетании с отсутствием работы по найму или когда наем носит неофициальный характер. Для многих людей критическое значение имеет отпугивающее воздействие непредсказуемости

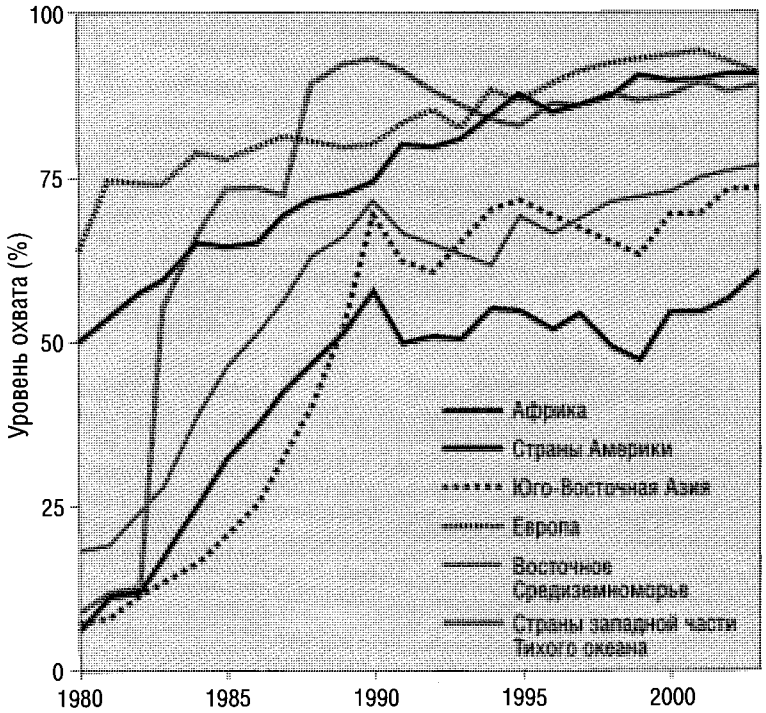
## Вставка 2.3 Округа здравоохранения могут прогрессивно развиваться, даже в неблагоприятных условиях

С 1980 г. социально-экономическая ситуация в провинции Северное Киву Демократической Республики Конго (ранее Заир) продолжала ухудшаться. В июле 1994 г. провинция испытала также массовый приток беженцев из Руанды. Округ здравоохранения Рутшуру смог, однако, адаптироваться к этим нелегким условиям и продолжать оказывать лечебно-профилактическую помощь населению. В течение 11 лет сеть здравоохранения оставалась доступной и функциональной, несмотря на крайнюю ограниченность кадровых и финансовых ресурсов (объем внешней помощи колебался на уровне 1,5 – 3 долл. США в год на душу населения), особенно если сравнивать с развернутыми в той же местности лагерями беженцев, поддержка которых осуществлялась агентствами по оказанию гуманитарной помощи. Показатели использования лечебных служб и охвата профилактическими мероприятиями фактически выросли: уровень охвата иммунизацией увеличился в три раза. Интенсивность мероприятий по охране здоровья матерей возросла как в количественном, так и в качественном отношении: 52% родов проводилось в медико-санитарных центрах или в больнице; частота кесарева сечения на популяционном уровне составляла 1,4%; летальность при кесаревом сечении снизилась с 7,2% до 2,9%. Округ смог справиться с дополнительным объемом работы, обусловленным 65 000 случаев разнообразной патологии среди беженцев из Руанды, поселившихся вне лагерей, что соответствовало 400%-ному повышению нагрузки на лечебные службы. Это создало крайне напряженные условия, однако службам здравоохранения удалось эффективно справиться с повторными кризисными ситуациями, главным образом благодаря прочной окружной структуре управления, основанной на оперативном обмене информацией и участии населения *(23)*.

стоимости услуг либо осознание того, что лечение будет катастрофически дорогим или вообще недоступным по цене. Подобные внешние факторы, влияющие на использование услуг, являются наиболее существенным фактором исключения, например, в таких странах, как Парагвай и Перу *(32)*.

Другие, «внутренние» причины исключения заложены в самих механизмах функционирования системы здравоохранения. Даже по отношению к людям, которые пользуются медико-санитарной помощью, предлагаемые услуги могут быть несвоевременными, неэффективными, их иной раз оказывают в атмосфере равнодушия или они носят дискриминационный характер. Принадлежать к неимущим слоям населения или быть женщиной — это часто достаточный повод для дискриминации, проявляющейся в злоупотреблениях, невнимательности и неполноценном лечении, недостаточном разъяснении оснований для проведения тех или иных вмешательств, что также иногда обусловлено убежденностью медицинских работников в невежестве женщин. Когда, например, в каком-нибудь переполненном городском родильном доме в Индии медсестры родильного отделения не заполняют историю родов для женщин из низших каст, это лишает их гарантий качества, которые обеспечиваются по отношению к другим женщинам *(33)*. Пациенты из бедных слоев населения зачастую вынуждены дольше ждать своей очереди, проходить более поверхностное обследование или терпеть пренебрежительное отношение персонала; лечение таких больных также может быть неполноценным, особенно если скудные ресурсы зарезервированы для более богатых пациентов. Например, в сельских районах Объединенной Республики Танзании у детей из беднейшей части населения при обращении к врачу с подозрением на воспаление легких шансы на получение антибиотиков были вдвое меньше по сравнению с детьми из более богатых семей *(34)*.

Рис. 2.2. Прекращение роста после значительного прогресса: уровень охвата иммунизацией КДСЗ[a] за период с 1980 г.



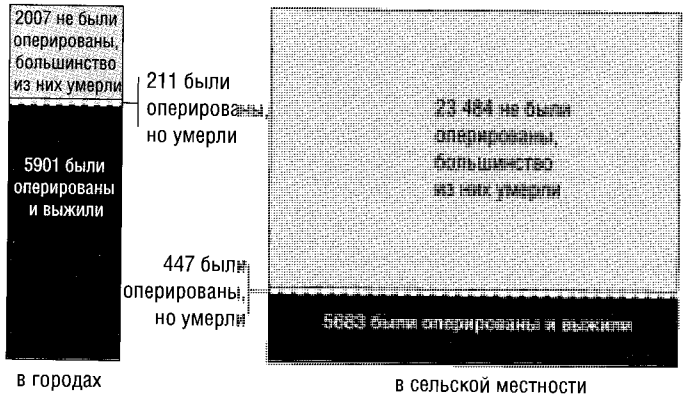

[a] 3-я доза коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакцины

Подобные факторы, являющиеся внутренними по отношению к службам здравоохранения, могут служить важными причинами исключения из доступа. Большое число матерей и детей во всем мире не могут получить того, что им положено, вследствие несостоятельности систем здравоохранения предоставить надлежащие услуги надлежащим образом, в надлежащее время и именно тем людям, которые имеют на это право. Например, в Гондурасе и Эквадоре доминирующей причиной исключения из доступа являются процессы, происходящие внутри системы здравоохранения, а не нарушения ее досягаемости извне *(32)*.

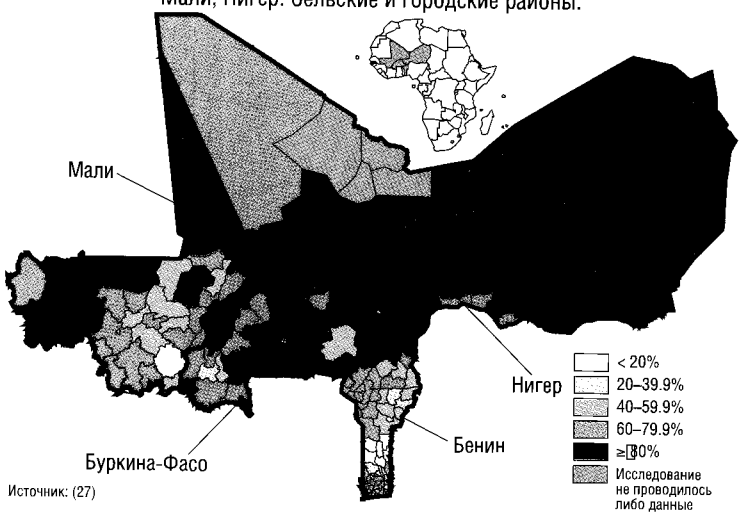
Непредоставление «положенного» лечения — то есть того, что пациент ожидает на основании примеров помощи, оказываемой другим людям — не проходит незамеченным. В Индии, например, 55% матерей из менее обеспеченных слоев населения сетовали на то, что им приходится слиш-

## Вставка 2.4 Географическое документирование уровней исключения из доступа к акушерской помощи по жизненным показаниям

Множество женщин остаются исключенными из доступа к акушерским вмешательствам, даже по самым строгим жизненным показаниям.
По крайней мере 37 733 матерей из 2 695 000 нуждались в серьезном вмешательстве по жизненным показаниям




Доля матерей, исключенных из доступа к вмешательствам по жизненным показаниям по поводу осложнений во время родов. Бенин, Буркина-Фасо, Мали, Нигер. Сельские и городские районы.




Источник: (27)

Уровень отсутствия доступа к большим акушерским вмешательствам по жизненным показаниям был количественно оценен в Буркина-Фасо, Мали и Нигере, а также в отдельных областях Бенина, Гаити, Объединенной Республики Танзании, а также Пакистана в рамках исследования, использовавшего информацию о 2,7 млн. родов. Сеть по вопросам неудовлетворенных потребностей в акушерской помощи (The Unmet Obstetric Needs Network), основанная на сотрудничестве министерств здравоохранения, клиницистов и исследователей, изучала население в вышеперечисленных странах на протяжении более одного года. Сеть установила ориентир в 1,4% от общего числа родов (с позиций консервативного подхода), при которых для предотвращения смерти матери от установленного перечня осложнений необходимо то или иное большое акушерское вмешательство (кесарево сечение, гистерэктомия, краниотомия, лапаротомия или акушерский поворот). Вмешательства, производимые по другим показаниям, в том числе и в связи с состоянием плода, не учитывались. Результаты отражены на схеме.

Возможность описанных выше вмешательств имелась лишь для 1,1% матерей в городах и 0,3% матерей в сельской местности. Кесарево сечение составляло от 80% (в Нигере) до 98% (в Пакистане) от общего количества вмешательств. Среди 12 242 матерей, которым были произведены вмешательства, выживаемость составила от 93,8 до 99,5% (соответственно в Буркина-Фасо и Пакистане). Все вмешательства выполнялись только по жизненным показаниям для матери. В соответствии с установленным критерием, что такие показания имеются по крайней мере в 1,4% родов, было рассчитано, что не менее 25% включенных в исследование матерей в городах и не менее 79% — в сельской местности были лишены доступа к большим акушерским вмешательствам, в которых они нуждались.

Несмотря на то, что во включенных в исследование районах (за исключением Нигера) имелась по крайней мере одна больница на каждые 500 000 жителей, уровень исключения из доступа четко соотносится с наличием и физической доступностью медицинских учреждений. Так, среднее расстояние от места жительства до больницы варьировало от 9 км в Гаити до 43 км в Буркина-Фасо и 103 км в Нигере.

Проведенный опрос позволил осуществить географическую привязку (картографирование) данных о численности матерей, нуждавшихся в больших акушерских вмешательствах, но которым они не были произведены. Аналогичные карты неудовлетворенных потребностей составлены и для некоторых других стран. Они могут быть использованы в качестве инструмента планирования и как исходные данные для последующей оценки динамики охвата.

В ожидании помощи, которая никак не придет...

ком долго ждать своей очереди (у матерей из более богатых семей такое впечатление складывалось вдвое реже), и лишь 50% — получали четкие разъяснения относительно лечебных вмешательств, по сравнению с 89% в группе более обеспеченных пациентов. Имеются и другие примеры: 67% пациентов в Конакри (Гвинея) убеждены, что богатые и хорошо одетые пациенты получают более полноценное лечение *(34)*.

Боязнь, часто оправданная, получить неполноценное лечение или оказаться в условиях дискриминации, в свою очередь отталкивает людей от обращения за помощью, замыкая порочный круг лишения доступа, что дополнительно осложняется отсутствием адекватных механизмов защиты матерей и детей от катастрофических издержек или финансовой эксплуатации.

Нищета, гуманитарные кризисы и эпидемия ВИЧ/СПИДа прямым образом влияют на здоровье и выживаемость матерей и детей. Однако их воздействие на здоровье обусловлено также тем, что они создают барьеры на пути использования услуг медико-санитарной помощи. Помимо этого, они влияют на характер оказания помощи тем матерям и детям, которые все же обращаются за ней, и таким образом оказывают дополнительный эффект по отношению к уже имеющимся внутри системы здравоохранения источникам исключения.

## Характерные типы исключения из доступа

Распространенность и степень исключения варьируют по регионам внутри стран, а также между отдельными странами. На одном краю спектра находятся

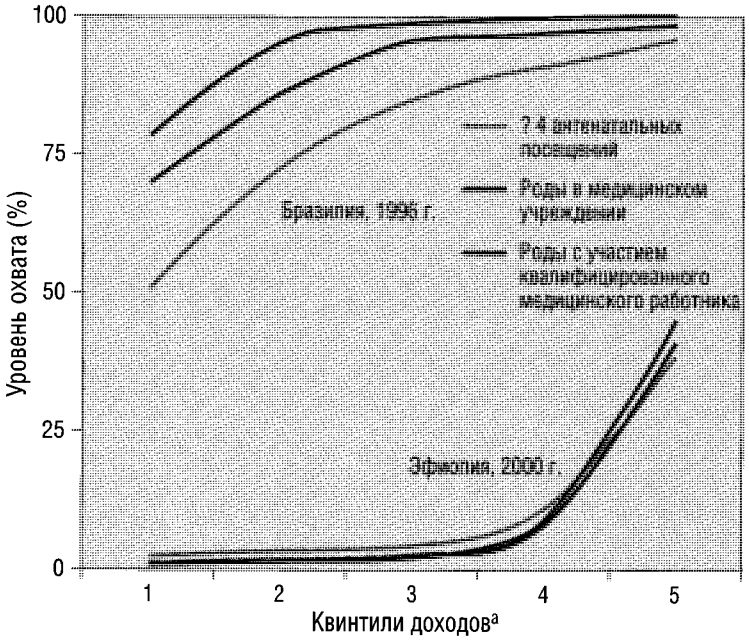
беднейшие страны, где значительная часть населения, даже среди более обеспеченных его слоев, не имеет доступа к помощи. Достаточным доступом к приемлемому набору услуг здравоохранения обладает лишь незначительное меньшинство, что в целом создает картину массивной депривации. На другом полюсе находятся страны, где основная часть населения, напротив, имеет возможность получать разнообразные виды помощи, в то время как те или иные меньшинства оказываются лишенными доступа к ним — картина маргинализации.

Анализ уровней охвата населения медико-санитарной помощью по группам с различной степенью материальной обеспеченности дает приблизительное представление о различных типах лишения доступа (см. рис. 2.3). Между двумя крайностями — массовой депривацией (типичной для стран с серьезными проблемами в обеспечении услугами и низкой плотностью сети учреждений здравоохранения) и маргинализацией (типичной для стран с высоким и средним уровнем доходов и достаточной плотностью сети учреждений здравоохранения) — расположены страны, где неимущие становятся в очередь позади более обеспеченных групп населения в ожидании доступа к услугам здравоохранения и в надежде на то, что долгожданная помощь в конце концов будет оказана.

По мере движения стран от картины массовой депривации к маргинализации разрыв между бедными и богатыми в отношении охвата и уровня использования услуг здравоохранения постоянно растет. Его уменьшение наступает только при выравнивании кривых, свидетельствующем о приближении к состоянию всеобщего доступа (см. рис. 2.4). Если не принимать специальных мер, направленных на расширение охвата и повышение уровня использования услуг одновременно во всех группах населения, процесс увеличения суммарного охвата населения услугами здравоохранения будет неизбежно проходить через фазу растущего неравенства.

Данная сложная динамика также оказывает влияние на распределение значений показателей здоровья населения. В течение долгого времени организаторы здравоохранения использовали для мониторинга проводимой политики только суммарные показатели здоровья населения — чаще всего показатель смертности детей в возрасте до пяти лет. С появлением более тонкого метода анализа состояния здоровья населения, с разбивкой по квинтилям уровня доходов *(37)*, был замечен феномен увеличения разрыва в выживаемости между беднейшими и более обеспеченными группами населения *(38)*. Разрыв в уровнях смертности среди детей из бедных и богатых семей увеличился в большинстве из тех развивающихся стран (общим числом — 21), в которых произошло снижение общего показателя

Рис. 2.3. Различные типы исключения из доступа: массовая депривация при низких уровнях охвата и маргинализация беднейших слоев населения при высоких уровнях охвата




[a] Квинтили доходов являются индикаторами социально-экономического статуса на уровне семьи. Они делят население на пять групп (в порядке возрастания уровня обеспеченности — от 1 до 5) с использованием методики, сочетающей сведения о главе семьи с данными о наличии в семье определенных видов имущества, о доступе к службам и удобствам, а также о характеристиках жилища *(35)*.

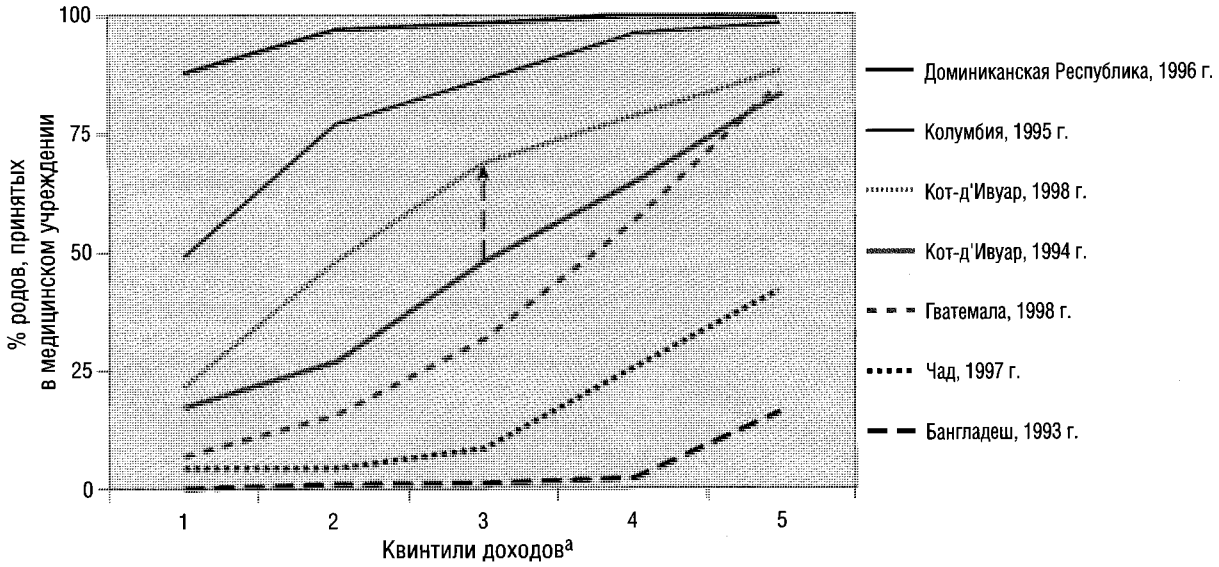
Источник данных: *(36)*.

смертности среди детей в возрасте до пяти лет (см. рис. 2.5). В восьми из этих стран состояние здоровья и выживаемость в беднейшей группе населения фактически ухудшились, в то время как среди детей в наиболее обеспеченной группе уровень выживаемости повысился. Иными словами, усредненные национальные показатели, свидетельствующие о прогрессе, могут скрывать сохраняющееся или усугубляющееся неравенство. В некоторых странах аналогичные противоречия наблюдаются по отношению к материнской смертности *(39)*.

## РАЗЛИЧНЫЕ ТИПЫ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ДОСТУПА — РАЗЛИЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Характер препятствий в развитии политики здравоохранения различен в странах, приближающихся к достижению всеобщего доступа (где его лишена лишь ограниченная часть населения), и странах, где отсутствие доступа преобладает. Страны, где отсутствие доступа свойственно лишь небольшой маргинализированной части населения, обычно характеризуются планомерным или, по крайней мере, замедленным прогрессом в отношении снижения детской смертности. Это страны с развитой сетью учреждений здравоохранения, хотя и не всегда осуществляющие оптимальный набор технических мероприятий. Странами, входящими в эту группу, являются, например, Бразилия, Доминиканская Республика и Колумбия. Основная задача для таких стран — целевые усилия, направленные на то, чтобы матери и дети, на данный момент не имеющие доступа, получили возможность пользоваться положенными им благами: это воздействие на глубинные социальные причины отсутствия доступа, устранение барьеров к использованию услуг здравоохранения, адекватное удовлетворение потребностей матерей и детей, а также обеспечение для них мер финансовой защиты от экономических последствий болезни и проведения лечения.

Рис. 2.4. От массовой депривации к картине маргинального исключения из доступа: поднимаясь вверх по ступеням уровня охвата помощью

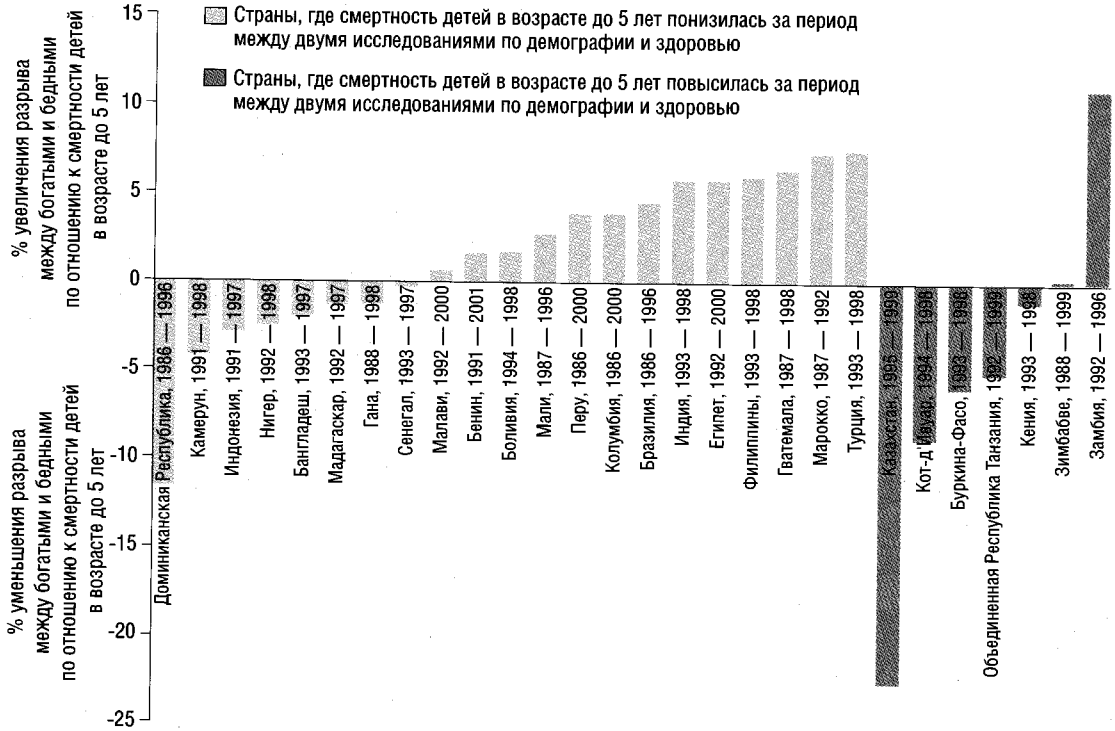



[a] Квинтили доходов являются индикаторами социально-экономического статуса на уровне семьи. Они делят население на пять групп (в порядке возрастания уровня обеспеченности — от 1 до 5) с использованием методики, сочетающей сведения о главе семьи с данными о наличии в семье определенных видов имущества, о доступе к службам и удобствам, а также о характеристиках жилища *(35)*.
Источник данных: *(36)*.

Большинство стран, находящихся в состоянии стагнации или регресса, и многие из тех, где имеет место замедленный прогресс в снижении детской смертности, обнаруживают картину массовой депривации или «очередности» (когда бедные становятся в очередь позади богатых). Это, например, такие страны как Бангладеш, Чад и Эфиопия. Для них типично наличие слаборазвитой и непрочной системы здравоохранения с низкой плотностью учреждений; они также страдают от нищеты, в ряде случаев — от ВИЧ/СПИДа и комплексных чрезвычайных ситуаций, которые создают ложатся дополнительным бременем, сковывающим развитие систем здравоохранения. Для этой группы стран основная задача — построить и развернуть первичную медико-санитарную помощь как основную движущую силу охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка.

Движение за первичную медико-санитарную помощь в начале 1980-х гг. было направлено главным образом на соблюдение принципов социальной справедливости и улучшение доступа. Результатом предпринятых усилий стало расширение охвата неимущих слоев сельского населения основными видами медико-санитарной помощи. Программы охраны здоровья матери и ребенка являлись неотъемлемой составной частью этой стратегии активного охвата. Для первого контакта и наблюдения за беременными до наступления родов были созданы учреждения антенатальной помощи. Предусматривалась также организация системы послеродовой помощи и учреждений для наблюдения за здоровьем детей.

## Рис. 2.5. Разрыв между богатыми и бедными в показателях выживаемости: в одних странах увеличение, в других — уменьшение




Примечание: Разрыв между богатыми и бедными определяется как разница в показателях смертности детей в возрасте до 5 лет между минимальными и максимальными квинтилями доходов.
Источник данных: *(36)*.

В начале 1990-х годов распространилось мнение, что первичная медико-санитарная помощь должна быть децентрализована и организована по «объединенным округам здравоохранения». Страны, которые уже и ранее проводили подобную политику, увидели в этом поддержку сделанного ими выбора, а другие, например Камбоджа и Нигер, стали активно внедрять окружную модель. Многие агентства в поддержку развития сделали округа центром своих стратегий по развитию систем здравоохранения, в особенности в странах, где сочетались крайне низкие показатели здоровья населения и наиболее слабое развитие системы здравоохранения.

## Является ли окружная модель верной стратегией развития для достижения всеобщего охвата?

Организация системы оказания первичной медико-санитарной помощи, основанная на округах здравоохранения, была многообещающей в плане ускоренного обеспечения растущих потребностей в медико-санитарной помощи. Помимо разочарований, связанных со все более неудовлетворительными результатами вертикальных программ 1970-х и 1980-х годов, было три веских основания для надежд, возлагаемых на окружную модель.

Первое заключалось в том, что «медико-санитарный центр» — наследник диспансеров, который теперь занял центральное место, эквивалентное функции семейного врача или врача общей практики — являлся наиболее жизнеспособной альтернативой системе сельских медицинских работников, вертикальным программам и коммерческой медицинской помощи. Этот механизм был единственным, адекватно реагировавшим на спрос населения в отношении услуг медико-санитарной помощи. Организаторы здравоохранения на национальном уровне были вполне осведомлены о данном аргументе, основанном на опыте ряда местных проектов небольшого и среднего масштаба: Паху в Бенине, Данфа в Гане, Касонго и Киншаса в Заире, Мачакос в Кении, а также Пикине в Сенегале. Эти проекты продемонстрировали, что центры здоровья представляли собой практически осуществимый *(40, 41)*, экономически доступный *(42–44)* и рентабельный *(45–47)* механизм оказания помощи, являющийся реальной альтернативой вертикальным программам контроля заболеваний.

Во-вторых, неотъемлемой частью окружной модели являлись больницы, оказывающие вторичную помощь. Несмотря на то, что система направления пациентов на вторичный уровень оставалась слабым местом, данный вопрос приобрел особое значение для охраны здоровья матерей, поскольку больницы могли оказывать действенную помощь при акушерских осложнениях. Помимо этого, включение в механизм больниц «возвратило на сцену» основную часть инфраструктуры и кадров здравоохранения. Это было облегчением для административной элиты и среднего класса, которые никогда не рассматривали первичную медико-санитарную помощь 1980-х годов, основанную на процессах низового уровня, как нечто привлекательное для себя.

В-третьих, концепция округов здравоохранения хорошо сочеталась с идеей децентрализации, по крайней мере в принципе одобренной большинством стран. Округа здравоохранения представлялись как достаточно управляемыми, так и достаточно децентрализованными, чтобы оставаться гибкими и экономически доступными *(40, 48)*.

## Стратегия без ресурсов

К середине 1990-х годов многие страны уже находились в процессе внедрения окружных систем, создавая агентства по снабжению лекарственными средствами и определяя минимальный пакет услуг. Однако, так же как и в годы после Алма-Атинской конференции, денежных поступлений не последова-

ло, в особенности в страны Африки, расположенные к югу от Сахары, поэтому положительные результаты появились не скоро. Экономическая ситуация была неблагоприятной, и дефицит финансирования продолжал оставаться реальным препятствием для прогресса. На фоне снижения в период между 1990 г. и 2002 г. среднедушевого уровня валового внутреннего продукта в реальном выражении суммарные расходы на здравоохранение во многих африканских странах не менялись или снизились; при этом государственные расходы на здравоохранение оставались на уровне ниже 10 долл. США на душу населения. Программы внешней помощи также не восполнили этот дефицит: уровень поступления средств из внешних источников на душу населения находился в застывшем состоянии вплоть до 1999 г. *(49)*.

Реальная картина несостоятельности финансирования сектора здравоохранения в течение 1980-х и 1990-х годов вырисовывается при детальном рассмотрении статей расходов. Так, в Камеруне, периодические государственные расходы снизились с 5 долл. США на душу населения в 1990 г. до 3,5 — в 1996 г. Из этой суммы 2,1 долл. США шло на заработную плату и 1,12 долл. США — на другие периодические расходы. Таким образом, в округах оставалось всего 0,28 долл. США на душу населения на периодические расходы, не относящиеся к заработной плате.

Существовавшей системе недоставало гибкости для улучшения условий труда в государственном секторе; особенно это касалось заработной платы и мер поощрения, вследствие правовых ограничений в отношении государственных служащих, а также проводимой политики структурной корректировки экономики. В результате многие медицинские работники перешли в частный сектор. Данные по Гане, Замбии и Зимбабве показывают, что на протяжении 1990-х годов в этих странах происходил постоянный или нарастающий отток медицинских кадров из государственного сектора *(50)*. Жесткие бюджетные меры, введенные в рамках программ структурной корректировки, включали ограничения по численности персонала. Поэтому даже в странах с существовавшей безработицей среди профессиональных медиков, таких как Замбия, государство зачастую не имело возможности привлечь на работу дополнительные кадры *(50)*.

Отсутствие сотрудников на рабочем месте, в частности за счет прогулов и вакансий (абсентеизм), было еще одной проблемой, обострявшей и без того напряженную кадровую ситуацию. Так, в Буркина-Фасо, уровень абсентеизма окружных врачей в семи сельских округах в 1997 г. составлял от 30% до более 80% *(51)*. Процент вакансий по врачебным должностям в Гане вырос с 43 в 1998 г. до 47 в 2002 г. За тот же период процент вакансий для дипломированных медицинских сестер повысился с 26 до 57 *(52)*. Явления абсентеизма в значительной степени объяснялись неудовлетворительными условиями труда, недостаточным уровнем заработной платы, а также снижением морального состояния сотрудников. В ряде стран подобные ситуации, приобретающие масштабы острого кадрового кризиса, были еще более осложнены за счет эпидемии ВИЧ/СПИДа. Имеющиеся, хотя и достаточно скудные данные свидетельствуют о том, что наряду с влиянием на уровень абсентеизма ВИЧ/СПИД в течение ближайших нескольких лет может лишить системы здравоохранения стран Африки одной пятой их кадрового состава (53). Отсутствие адекватных мер защиты медицинских работников от ВИЧ/СПИДа и стресс, связанный с уходом за больными ВИЧ/СПИДом, являются дополнительными факторами, обусловливающими активизирующийся отток медицинских работников.

Реальный уровень оплаты труда государственных служащих в течение 1990-х годов продолжал снижаться: за шесть лет он понизился по сравнению с уровнем 1990 г. в Того — на 21%, в Буркина-Фасо — на 34%, в Гвинее-Биссау — на 35% и в Нигере — на 41%. Наряду с абсентеизмом (35% среди окружных врачей в Буркина-Фасо в 1997 г.) наблюдался и так называемый «семинарит»:

в 1995 г. в Мали сотрудники регионального уровня системы здравоохранения потратили 34% своего рабочего времени на участие в семинарах и проверочных миссиях, финансируемых международными организациями; для главных врачей эта доля составила 48%. Корыстные мотивации *(54-57)* и совместительство *(58, 59)* стали нормой, что также вносило определенный вклад в нехватку кадров в государственной системе здравоохранения *(50)*.

Нехватка медицинских работников — наиболее заметное проявление кадрового кризиса в странах Африки к югу от Сахары. Цифры говорят сами за себя: в Зимбабве из 1200 врачей, получивших диплом в течение 1990-х годов, в 2001 г. лишь 360 продолжали работать в стране *(60)*. Гана в 1999 г. потеряла 328 медицинских сестер — столько же, сколько за год подготавливается новых *(50)*. Более половины профессиональных медицинских работников в Гане, Зимбабве и Южной Африке рассматривают возможности переезда в другие страны *(61)*. В то же время 35 000 южноафриканских медсестер не заняты в системе здравоохранения, и две трети медицинских работников Свазиленда работают в частном секторе *(62, 63)*.

## Можно ли утверждать, что округа не выдержали экзамен?

Условия, в которых пришлось создавать окружные системы здравоохранения, были безусловно неблагоприятными. Некоторым странам, например Мали, удалось развить сеть медико-санитарных центров, оказывающих помощь матерям и детям (64). Однако в целом процесс развертывания служб шел очень медленно. Так, в Нигере в 2000 г. лишь 13 больниц имели необходимые условия для выполнения кесарева сечения (65). В Буркина-Фасо, спустя почти 10 лет после создания округов, эти условия имелись лишь в 17 из 53 окружных больниц. Более того, лишь пять из этих 17 больниц имели в своем штате трех врачей, что необходимо для обеспечения непрерывности оказания помощи в течение всего года (66).

Темпы развертывания округов здравоохранения были весьма неутешительными. Требовалось большое время для преобразования административного округа в функционирующую систему здравоохранения (см. вставку 2.5). Тем не менее, там, где округа смогли преодолеть критический рубеж и стать стабильными и жизнеспособными, их деятельность привела к убедительным и хорошо заметным результатам, порой несмотря на крайне неблагоприятные внешние обстоятельства, как это, например, имело место в Гвинее и Демократической Республике Конго.

Таким образом, опыт последних десяти лет показывает, что округа здравоохранения все же представляют собой рациональную стратегию для развертывания государственной системы первичной медико-санитарной помощи, оказываемой сетью медико-санитарных центров, учреждениями семейной практики или аналогичными децентрализованными структурами при поддержке больницами вторичной помощи. Реальных альтернатив округу в отношении комплексной помощи матерям, новорожденным и детям не имеется. Одна из проблем в настоящее время заключается в том, как ускорить процесс внедрения при существующих неблагоприятных условиях, когда безудержная коммерциализация медицинской помощи, проникающая и в учреждения, не предназначенные для получения прибыли, в том числе государственные, способствует обострению неравенства в доступе к медико-санитарной помощи. Вторая проблема связана с необходимостью приспособить стратегии обеспечения медико-санитарной помощью к специфическим условиям и картине исключения из доступа в каждой стране. В то же время уже не представляется возможным продолжать эксперименты с проведением проектов на уровне округов без обращения к более широкому контексту типовых проблем, общих для всей систе-

## Вставка 2.5. Создание дееспособных округов здравоохранения: для достижения устойчивых результатов требуются долгосрочные обязательства

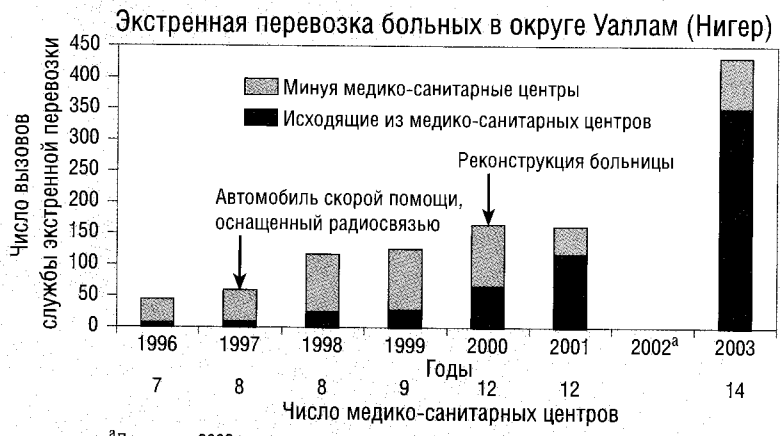
В середине 1990-х годов Уаллам, один из беднейших округов Нигера с населением в 250 000 человек, проживающих в среднем на расстоянии 74 км от больницы, имел семь работающих с перебоями медико-санитарных центров и почти пустую окружную больницу. В экстренных случаях направление пациентов в больницу не представлялось возможным вследствие отсутствия в округе средств оперативной связи. Был, однако, предпринят ряд мер для исправления ситуации. Часть из них носила общий характер и была направлена на решение существующих в округе проблем, другая часть была специально предназначена для улучшения системы направления пациентов с первичного уровня в больницу. Реализация всех мероприятий заняла восемь лет (см. таблицу, помещенную ниже).

Такое долгосрочное вложение времени и усилий принесло свои плоды: уровень охвата антенатальной помощью повысился на 42%, вырос в три раза уровень охвата амбулаторной медико-санитарной помощью детей в возрасте до 5 лет, а уровень охвата иммунизацией удвоился. Ежегодное число жителей, начавших пользоваться современными методами контрацепции, возросло с 568 до 1444, количество госпитализаций возросло с 434 до 1420. Число ранее невозможных хирургических вмешательств и переливаний крови в 2003 г. составило соответственно 219 и 86. Значительно возросла частота случаев доставки пациентов в больницу для оказания экстренной помощи — как правило, акушерской. При расстоянии свыше 50 км такая перевозка осуществлялась с использованием принадлежащего больнице автомобиля, содержание которого частично субсидировалось, частично основывалось на принципе самоокупаемости из расчета 23 долл. США за каждую доставку (см. график, помещенный ниже).

Ни одна отдельно взятая мера не смогла бы обеспечить достигнутого прогресса: результаты обусловлены комбинированным воздействием на различные компоненты системы и вложением ресурсов в обучение кадров *(65)*.

### Комплекс различных мер, предпринятых для совершенствования доступа к услугам медико-санитарной помощи в Уалламе (Нигер), 1996–2003 гг.

| Меры, направленные на повышение спроса на услуги | Меры, направленные на повышение уровня использования услуг | Меры, направленные на повышение качества лечебной помощи в медико-санитарных центрах | Меры, направленные на совершенствование процесса доставки пациентов в больницу при экстренных ситуациях | Меры, направленные на повышение качества помощи в больнице |
|---|---|---|---|---|
| Создание комитетов здоровья<br><br>Обсуждение и согласование объема оказываемой медико-санитарной помощи<br><br>Согласование размера платы за экстренную доставку в больницу<br><br>Повышение доверия к медико-санитарным центрам путем улучшения качества помощи<br><br>Достижение более благожелательного отношения населения к направлению пациентов в окружную больницу путем обсуждения вопросов, связанных с направлением и экстренной перевозкой | Утверждение объема оказываемой медико-санитарной помощи<br><br>Создание семи дополнительных медико-санитарных центров | Унификация процедур диагностики, лечения и направления на последующие уровни оказания помощи<br><br>Введение практики раздачи препаратов витамина А, повышение уровня охвата иммунизацией, создание системы выявления и лечения нарушений питания<br><br>Введение практики активной работы среди населения (аутрич)<br><br>Обсуждение с медицинскими сестрами результатов направления пациентов в больницу | Внедрение радиосвязи с использованием солнечных батарей и создание службы экстренной перевозки больных<br><br>Внедрение механизма самоокупаемости для службы экстренной перевозки<br><br>Дополнительное согласование размера платы за экстренную доставку в больницу | Ремонт и обновление помещения и оборудования<br><br>Организация хирургической помощи и службы переливания крови<br><br>Внутренняя реорганизация работы больницы по согласованию и при участии персонала<br><br>Внедрение системы ведения учетных карт пациентов<br><br>Организация реабилитационного отделения для больных с нарушениями питания<br><br>Улучшение лабораторной и рентгенологической служб<br><br>Внедрение системы гарантии качества оказания помощи |




[a]Данные за 2002 г. отсутствуют.

мы. Наконец, необходимо принятие реальных мер по укреплению служб здравоохранения на окружном уровне, иначе все заверения о приоритетном статусе матерей и детей останутся лишь голословными заявлениями.

Задача, которую предстоит решить, имеет политические аспекты. Охрана здоровья матери, новорожденного и ребенка не может быть низведена до уровня пакета программ, осуществляемых в отношении целевой группы населения. Положение матерей и детей в обществе должно быть таким, чтобы они могли рассчитывать на оказание набора услуг как на свое естественное право. Для того, чтобы добиться этого, необходима корректировка политики здравоохранения на макро-уровне, а также мобилизация ресурсов как внутри страны, так и в международном масштабе. Три вопроса требуют пристального внимания: финансирование сектора здравоохранения, кадровый кризис и подотчетность систем здравоохранения и медицинских учреждений населению.

Предстоящая работа должна быть также направлена на переориентирование программного содержания. В течение слишком долгого времени внимание было направлено в основном на развитие технологий и в меньшей степени — на их воплощение в устойчивых организационных механизмах, обеспечивающих оказание помощи во всей ее совокупности. Поскольку развитие сети учреждений окружной системы здравоохранения представляет собой весьма непростую задачу, возникает искушение вернуться назад к вертикальным программам, основанным на технологиях контроля отдельных заболеваний. В прошлом это приводило к значительной степени фрагментации, что мешало соблюдению принципа непрерывности помощи от периода беременности и на всех стадиях роста и развития ребенка. На практике весьма трудно совместить выполнение программных и системных требований — задача, которая носит скорее организационный, чем технический характер. В последующих главах описаны пути применения имеющихся технических стратегий по улучшению здоровья матерей, новорожденных и детей в развивающихся системах оказания медико-санитарной помощи в условиях растущего и все более настойчивого спроса на услуги здравоохранения.

## Библиография

1. *World development indicators 2004*. Washington, DC, World Bank, 2004.
2. *Human development report 2003 — Millennium Development Goals: a compact among nations to end human poverty*. New York, NY, Oxford University Press for the United Nations Development Programme, 2004.
3. Chen S, Ravaillon M. *How have the world's poorest fared since the early 1980s?* Washington, DC, World Bank, 2004.
4. Griffin K, Brenner MD, Kusago T, Ickowitz A, McKinley T. *A strategy for poverty reduction in Mongolia. Report of a UNDP mission on the integration of equity and poverty reduction concerns into development strategy*. Ulaanbaatar, United Nations Development Programme, 2001.
5. *Human development report Mongolia 2000*. Ulaanbaatar, Government of Mongolia/United Nations Development Programme, 2000.
6. Government of Mongolia/WHO. *Mongolia health sector review*. Ulaanbaatar, World Health Organization, 1999.
7. Janes CR, Chuluundorj O. Free markets and dead mothers: the social ecology of maternal mortality in post-socialist Mongolia. *Medical Anthropology Quarterly*, 2004, 18:230-257.
8. UNAIDS/WHO. *AIDS epidemic update, December 2004*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2004.
9. De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, de Vincenzi I, Saba J, Hoff E et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA*, 2000, 283:1175-1182.

10. Zaba B, Whiteside A, Boerma JT. Demographic and socioeconomic impact of AIDS: taking stock of the empirical evidence. *AIDS*, 2004, 18(Suppl. 2):S1-S7.
11. *The world health report 2004 — Changing history*. Geneva, World Health Organization, 2004.
12. McIntyre J. Mothers infected with HIV. *British Medical Bulletin*, 2003, 67:127-135.
13. Sewankambo NK, Gray RH, Ahmad S, Serwadda D, Wabwire-Mangen F, Nalugoda F et al. Mortality associated with HIV infection in rural Rakai District, Uganda. *AIDS*, 2000, 14:2391-2400.
14. Ahmed Y, Mwaba P, Chintu C, Grange JM, Ustianowski A, Zumla A. A study of maternal mortality at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia: the emergence of tuberculosis as a major non-obstetric cause of maternal death. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 1999, 3:675-680.
15. Monasch R, Boerma JT. Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: an analysis of national surveys from 40 countries. *AIDS*, 2004, 18(Suppl. 2):S55-S65.
16. Newell ML, Brahmbhatt H, Ghys PD. Child mortality and HIV infection in Africa: a review. *AIDS*, 2004, 18(Suppl. 2):S27-S34.
17. *Report on the global AIDS epidemic 2004*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2004.
18. Walker N, Schwartlander B, Bryce J. Meeting international goals in child survival and HIV/AIDS. *Lancet*, 2002, 360:284-289.
19. Tawfik L, Kinoti S. *Impact of HIV/AIDS on the health sector in sub-Saharan Africa: the issue of human resources*. Washington, DC, United States Agency for International Development, 2001.
20. *Evidence base for the impact of HIV upon health systems*. London, John Snow International UK and Health Systems Research Centre, 2003.
21. Dambisya YM. The fate and career destinations of doctors who qualified at Uganda's Makerere Medical School in 1984: retrospective cohort study. *BMJ*, 2004, 329:600-601.
22. Al Gasseer N, Dresden E, Keeney GB, Warren N. Status of women and infants in complex humanitarian emergencies. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2004, 49(Suppl. 1):7-13.
23. Porignon D, Soron'gane EM, Lokombe TE, Isu DK, Hennart P, Van Lerberghe W. How robust are district health systems? Coping with crisis and disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo. *Tropical Medicine and International Health*, 1998, 3:559-565.
24. Pronk, J. Collateral damage or calculated default. The Millennium Development Goals and the politics of globalisation. The Hague, Institute of Social Studies, 2003.
25. Jones G, Steketee RW, Black R, Bhutta, ZA, Morris S and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, 2003, 362: 65-71.
26. Bryce J, el Arifeen S, Pariyo G, Lanata C, Gwatkin D, Habicht JP. Reducing child mortality: can public health deliver? *Lancet*, 2003, 362:159-164.
27. *L'approche des besoins obstetricaux non couverts pour les interventions obstetricales majeures. Etude comparative Benin, Burkina Faso, Haiti, Mali, Maroc, Niger, Pakistan et Tanzanie. [Tackling unmet needs for major obstetric interventions. Case studies in Benin, Burkina Faso, Haiti, Mali, Morocco, Niger, Pakistan and Tanzania]*. Antwerp, Unmet Obstetric Needs Network, 2002:1-47 (www.uonn.org).
28. Matthews Z, Ramasubban R, Rishyasringa B, Stones WR. *Autonomy and maternal healthseeking among slum populations of Mumbai*. Southampton, Southampton Statistical Sciences Research Institute, 2004.
29. *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. Geneva, World Health Organization, 2004.
30. Bhan G, Bhandari N, Taneja S, Mazumder S, Bahl R, and other members of the

Zinc Study Group. The effect of maternal education on gender bias in care-seeking for common childhood illnesses. *Social Science and Medicine*, 2005, 60:715-724.

31. Claeson M, Bos ER, Mawji T, Pathmanathan I. Reducing child mortality in India in the new millennium. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78:1192-1199.
32. *Exclusion in health in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2004.
33. Hulton L, Matthews Z, Stones RW. *A framework for the evaluation of quality of care in maternal services*. Southampton, University of Southampton, 2000.
34. Jaffre Y, Olivier de Sardan JP. *Une medecine inhospitaliere: les difficiles relations entre soignants et soignes dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest [Inhospitable medicine: difficult relations between carers and cared for in five West African capital cities]*. Paris, Karlhala, 2003.
35. Ferguson BD, Tandon A, Gakidou E, Murray CJL. *Estimating permanent income using indicator variables*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 42).
36. Demographic and Health Surveys. *Country statistics* (http://www.measuredhs.com/countries/start.cfm, accessed 16 December 2004).
37. Gwatkin D, Rutstein S, Johnson K, Pande R, Wagstaff A. *Socio-economic differences in health, nutrition and population*. Washington, DC, World Bank, 2000 (Health, Nutrition and Population Discussion Papers).
38. Gwatkin D. *Who would gain most from efforts to reach the MDGs for health? An enquiry into the possibility of progress that fails to reach the poor*. Washington, DC, World Bank, 2002.
39. Graham W, Fitzmaurice AE, Bell JS, Cairns JA. The familial technique for linking maternal death with poverty. *Lancet*, 2004, 363:23-27.
40. Pangu KA. *La sante pour tous d'ici l'an 2000: c'est possible; experience de planification et d'implantation des centres de sante dans la zone de Kasongo au Zaire [Health for all by the year 2000: it can be achieved; experience of planning and setting up health centres in the area of Kasongo in Zaire]*. Brussels, Universite Libre de Bruxelles, Faculte de Medecine, Ecole de Sante Publique, 1988.
41. Equipe du Projet Kasongo, Darras C, Van Lerberghe W, Mercenier P. Le Projet Kasongo: une experience d'organisation d'un systeme de soins de sante primaires [The Kasongo Project: experience of organizing a system of primary health care]. *Annales de la Societe Belge de Medecine Tropicale*, 1981, 61(Suppl.):1-54.
42. Knippenberg R, Soucat A, Oyegbite K, Sene M, Bround D, Pangu K et al. Sustainability of primary health care including expanded program of immunizations in Bamako Initiative programs in West Africa: an assessment of 5 years' field experience in Benin and Guinea. *International Journal of Health Planning and Management*, 1997, 12(Suppl. 1):S9-S28.
43. Jancloes M, Seck B, Van de Velden L, Ndiaye B. Financing urban primary health services. Balancing community and government financial responsibilities, Pikine, Senegal, 1975-81. *Tropical Doctor*, 1985, 15:98-104.
44. Pangu KA, Van Lerberghe W. Self-financing and self-management of basic health services. *World Health Forum*, 1990, 11:451-454.
45. Van Lerberghe W, Pangu K. Comprehensive can be effective: the influence of coverage with a health centre network on the hospitalisation patterns in the rural area of Kasongo, Zaire. *Social Science and Medicine*, 1988, 26:949-955.
46. Van den Broek N, Van Lerberghe W, Pangu K. Caesarean sections for maternal indications in Kasongo (Zaire). *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1989, 28:337-342.
47. Van Lerberghe W, Pangu KA, Van den Broek N. Obstetrical interventions and health centre coverage: a spatial analysis of routine data for evaluation. *Health Policy and Planning*, 1988, 3:308-314.
48. *Better health in Africa*. Washington, DC, World Bank, 1994.

49. Organisation for Economic Co-operation and Development. *International Development Statistics on line* (http://www.oecd.org/ dataoecd/50/17/5037721.htm, accessed 15 December 2004).
50. *The health sector human resources crisis in Africa: an issue paper*. Washington, DC, United States Agency for International Development, Bureau for Africa, Office of Sustainable Development, SARA Project, 2003.
51. Bodart C, Servais G, Mohamed YL, Schmidt-Ehry B. The influence of health sector reform and external assistance in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:74-86.
52. Dovlo D. *The brain drain and retention of health professionals in Africa. A case study.* Paper presented at: Regional Training Conference on Improving Tertiary Education in Sub-Saharan Africa: the things that work! Accra, 23-25 September 2003.
53. Tawfik L, Kinoti SN. *The impact of HIV/AIDS on the health sector in sub-Saharan Africa: the issue of human resources*. Washington, DC, United States Agency for International Development, Bureau for Africa, Office of Sustainable Development, SARA Project, 2001.
54. Lambert D. Study of unofficial health service charges in Angola in two health centers supported by MSF. *MSF Medical News*, 1996, 5:24-26.
55. Meesen B. *Corruption dans les services de sante: le cas de Cazenga [Corruption within the health services: the case of Cazenga]*. Brussels, Medecins Sans Frontieres, 1997 (Reperes: 1-20).
56. Parker D, Newbrander W. Tackling wastage and inefficiency in the health sector. *World Health Forum*, 1994, 15:107-113.
57. Asiimwe D, McPake B, Mwesigye F, Ofoumbi M, Ortenblad L, Streefland P, Turinde A. The private-sector activities of public-sector health workers in Uganda. In: Bennett S, McPake B, Mills A, eds. *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* London, Zed Press, 1997.
58. Roenen C, Ferrinho P, Van Dormael M, Conceicao MC, Van Lerberghe W. How African doctors make ends meet: an exploration. *Tropical Medicine and International Health*, 1997, 2:127-135.
59. Macq J, Van Lerberghe W. Managing health services in developing countries: moonlighting to serve the public? In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance & individual coping strategies.* Antwerp, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16:177-186).
60. Lowell G, Findlay A. *Migration of highly skilled persons from developing countries: impact and policy responses*. Geneva, International Labour Office, 2001.
61. Awases M, Nyoni J, Gbary A, Chatora R. *Migration of health professionals in six countries: a synthesis report*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2003.
62. *The international mobility of health professionals: an evaluation and analysis based on the case of South Africa*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2004 (Trends in International Migration Part III SOPEMI 2003).
63. World Health Organization/Ministry of Health and Social Welfare of the Government of Swaziland. *A situation analysis of the health workforce in Swaziland*. Geneva, World Health Organization, 2004.
64. Maiga Z, Nafo TF, El Abassi A. *La reforme du secteur sante au Mali, 1989-1996 [Reform of the health sector in Mali, 1989-1996]*. Antwerp, ITG Press, 1999 (Studies in Health Services Organisation & Policy, 12).
65. Bossyns P, Abache R, Abdoulaye MS, Van Lerberghe W. Unaffordable or cost-effective? Introducing an emergency referral system in rural Niger (submitted).
66. Bodart C, Servais G, Mohamed YL, Schmidt-Ehry B. The influence of health sector reform and external assistance in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:74-86.

Nyaung Oo Po Cho/WHO

глава третья

# большие надежды: обеспечение безопасной беременности

**В этой главе говорится о том, что три наиболее важных компонента оказания помощи во время беременности – это, во-первых, обеспечение полноценной антенатальной помощи, во-вторых, предупреждение или адекватная помощь при нежелательной беременности и, в-третьих, формирование социальных условий, гарантирующих оказание поддержки беременным женщинам. Несмотря на возросший уровень охвата в течение последнего десятилетия, дальнейшая реализация имеющегося значительного потенциала антенатальной помощи возможна лишь при условии более чуткого реагирования на нужды населения, устранения барьеров к доступу и переноса акцента на более действенные вмешательства. Принимая во внимание распространенность случаев нежелательной беременности и недопустимо высокую частоту небезопасных абортов во многих странах мира, продолжающиеся усилия по обеспечению услугами планирования семьи, просвещению, информированию и предоставлению возможности безопасного прерывания беременности в рамках существующих законов следует рассматривать как важнейшие меры общественного здравоохранения. Преодоление проблем низкого социального статуса и насилия против женщин, а также неразвитости трудового законодательства, защищающего права беременных женщин, является крайне важным фактором формирования социальной среды, обеспечивающей поддержку женщины, готовящейся стать матерью.**

Беременность – не просто ожидание родов. Часто этот период имеет определяющее значение в жизни женщины. Он может быть радостным и благодатным для нее как в индивидуальном, так и в социальном плане. Но он может также нести горе и страдания, когда беременность является нежеланной, несвоевременной или когда ее течение сопровождается осложнениями либо другими неблагоприятными обстоятельствами, которые приводят к нарушениям

здоровья, а порой даже к смерти. Беременность – естественный процесс, но это не дает гарантии от возникновения проблем.

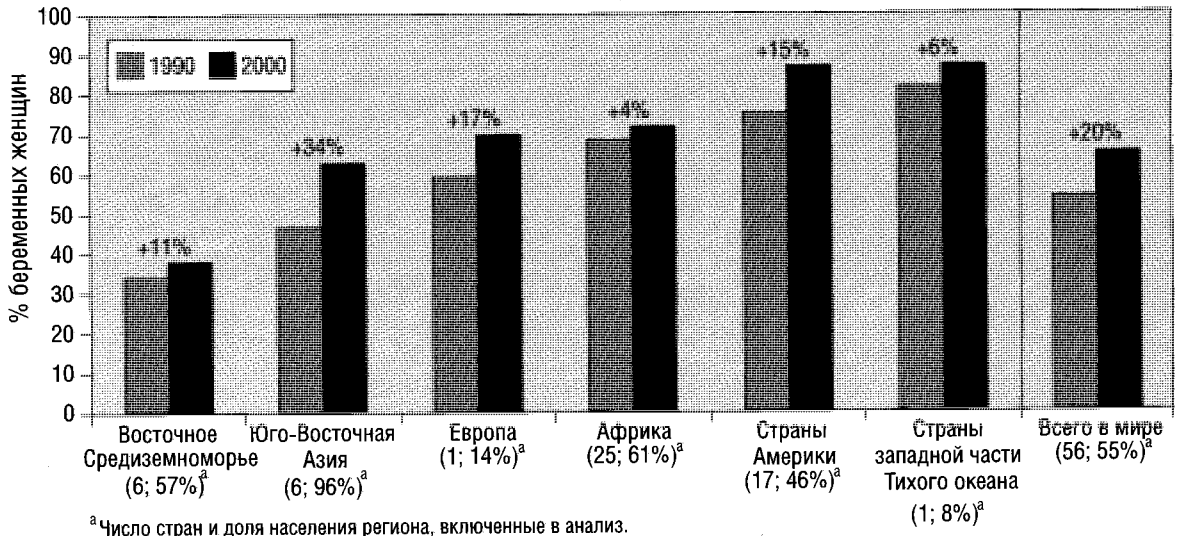
Весть о беременности в семье редко воспринимается с безразличием. И сама женщина, и ее партнер, и другие близкие чаще всего испытывают смешанное чувство радости, тревоги и надежды на самый благополучный исход: здоровая мать и здоровый ребенок. Любое общество стремится обеспечить условия, чтобы каждая беременность была поистине счастливым событием в жизни людей. С этой целью созданы системы оказания антенатальной помощи, направленной на укрепление здоровья беременной женщины, а также на своевременное распознавание и лечение возможных осложнений беременности. Для этого также предпринимаются усилия по предотвращению нежелательной беременности, а также по формированию благоприятных условий и социальной среды для течения беременности. Во многих странах мира бытуют различные формы социальной несправедливости по отношению к беременным женщинам. В это критическое время женщины надеются на заботу и помощь со стороны служб здравоохранения, на поддержку семьи и местного сообщества. Отсутствие доступа к помощи, маргинализация и дискриминация могут оказывать губительное воздействие на здоровье матери и ее будущего ребенка.

## РЕАЛИЗАЦИЯ ИМЕЮЩЕГОСЯ ПОТЕНЦИАЛА АНТЕНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

### Оправдать надежды беременной женщины

Беременность несет с собой обновленные надежды на будущее, при этом женщина часто приобретает особый и весьма высокий социальный статус. У женщин может также возникать серьезная надежда на медицинскую помощь, к услугам которой они в этот период активно обращаются. Это объясняет, по крайней мере отчасти, необычный успех консультаций антенатальной помощи.

Рис. 3.1 Рост охвата услугами антенатальной помощи




[a] Число стран и доля населения региона, включенные в анализ.
Источник данных: Многоиндикаторные кластерные исследования (ЮНИСЕФ) и Исследования по демографии и здоровью.

Женщины хотят удостовериться в самом факте наличия беременности. Кроме того, женщины, особенно в развивающихся странах, знают о том, что беременность может быть сопряжена с опасностями. Во многих странах беременные женщины, как правило, знают о случаях смерти от родов, мертворождениях или смерти новорожденного ребенка в семьях родственников или в местном сообществе. Вполне естественно, что возникает повышенный спрос на медицинскую помощь, которая может дать моральную поддержку, решить проблемы, если они возникнут, и подтвердить социальный статус будущей матери.

В странах с высоким и средним уровнем доходов охват беременных женщин антенатальной помощью в настоящее время является почти стопроцентным. Не-

Этот снимок сделан в октябре 2004 г. в Лаосской Народно-Демократической Республике. Бунлид — на седьмом месяце беременности, и она постоянно чувствует усталость. Ей становится все труднее работать, что уже сказалось на состоянии семейного бюджета. Начинается сезон уборки урожая, необходимо быстро собрать рис с поля. Отправляясь на работу в поле, она вынуждена оставлять детей дома одних, потому что у нее не хватает сил одновременно и работать, и следить за детьми.

«Я не получила никакой антенатальной помощи и вряд ли получу в оставшиеся сроки беременности. Я собираюсь рожать дома, так же как я рожала моих остальных четырех детей. Для большинства жителей нашей деревни роды в медпункте с участием обученного медицинского работника — это слишком дорогое удовольствие. К тому же там все равно почти нет никакого оснащения и нет ни телефона, ни машины скорой помощи, если вдруг возникнут осложнения».

Бунлид также не получила никаких профессиональных рекомендаций по уходу за новорожденным или вскармливанию грудного ребенка.

полный охват характерен лишь для маргинализованных групп, таких как мигранты, этнические меньшинства, подростки, не состоящие в браке, беднейшие слои населения, а также изолированные сельские общины. Даже в странах с низким уровнем доходов охват антенатальной помощью – по крайней мере, в отношении первого посещения – часто весьма высок, безусловно намного выше, чем частота проведения родов с участием квалифицированного медицинского работника.

В течение 1990-х годов произошел заметный рост использования услуг антенатальной помощи в развивающихся странах. Наибольший прогресс наблюдался в Азии, в основном за счет резких изменений в нескольких крупных странах, таких как Индонезия (см. рис. 3.1). Значительный рост также был отмечен в странах Карибского бассейна и Латинской Америки, хотя нельзя не принимать во внимание то, что эти страны и ранее имели высокие уровни антенатальной помощи. Напротив, в странах Африки к югу от Сахары объем оказания антенатальной помощи в течение десятилетия повысился лишь незначительно (хотя ее уровни в Африке относительно выше, чем в Азии).

Несмотря на то, что уровень охвата антенатальной помощью в последние годы значительно вырос, по общепризнанной точке зрения услуги антенатальной помощи, предоставляемые в настоящее время во многих странах мира, не соответствуют рекомендованным стандартам. Таким образом, огромный потенциал остается не до конца использованным. Хотя и был достигнут прогресс во всемирном масштабе в плане улучшения доступа и частоты однократных посещений служб антенатальной помощи, доля женщин, прошедших рекомендуемые четыре консультации в ходе беременности, остается слишком низкой *(1)*. Получение максимального благоприятного эффекта от антенатальной помощи требует ее раннего начала, однако первая консультация часто происходит уже на поздних сроках беременности. Антенатальную помощь оказывают врачи, акушерки, медицинские сестры и медицинские работники многих других категорий *(2)*. Существует недостаточно данных относительно того, в какой степени могут осуществлять рекомендованные эффективные антенатальные вмешательства работники без профессионального медицинского образования, такие как традиционные повитухи – представители народной медицины.

## Беременность – это период, сам по себе сопряженный с риском

Антенатальная помощь – это не просто метод выявления женщин, подверженных риску осложнений при родах *(3, 4)*. Опасности, связанные собственно с беременностью, не так выражены, как при родах, однако ими ни в коем случае не следует пренебрегать. Женщины надеются на то, что благодаря антенатальной помощи они смогут справиться с возможными нарушениями, возникающими в дородовом периоде. Если их вовремя не обнаружить, некоторые из этих нарушений еще до наступления родов могут принять угрожающий характер для здоровья и жизни.

На дородовой период приходится значительная доля материнской смертности – возможно, каждый четвертый случай. Однако данные о смертности во время беременности носят крайне фрагментарный характер *(5)*. Уровни дородовой материнской смертности значительно варьируют по странам и зависят от остроты проблем небезопасного аборта, насилия, а также местной картины заболеваемости *(6, 7)*. В Египте 9% всей материнской смертности приходится на первые шесть месяцев беременности и 16% – на последующие три месяца *(8)*.

Помимо осложнений небезопасного прерывания беременности, которые можно предотвратить или устранить путем адекватных лечебных мер в послеабортном периоде, в ходе беременности могут возникать следующие три типа нарушений. Во-первых, это осложнения самой беременности; во-вторых, это различные заболевания, которыми может страдать беременная женщина и ко-

торые в ряде случаев (но не всегда) обостряются под влиянием беременности; наконец, в-третьих, это неблагоприятное воздействие нездорового образа жизни на исход беременности. Все три типа нарушений должны учитываться при оказании антенатальной помощи.

Беременность нередко сопровождается осложнениями, требующими медицинской помощи *(9)*. Почти 40% случаев госпитализации в Университетскую клиническую больницу в Лусаке (Замбия), связанных с беременностью, имели большее отношение к дородовому периоду, нежели чем к родам: угрожающий выкидыш и осложнения аборта составили 27% случаев госпитализации; общие заболевания, такие как малярия и инфекционные болезни, – 13%; артериальная гипертензия беременных – 10% *(10)*. Результаты недавнего исследования в шести западно-африканских странах показали, что те или иные нарушения здоровья (не включая последствия небезопасного прерывания беременности) наблюдались у одной трети всех беременных женщин, из которых 2,6% нуждались в госпитализации *(11)*.

Классическими осложнениями беременности являются преэклампсия и эклампсия, которые возникают у 2,8% беременных женщин в развивающихся странах и у 0,4% – в развитых странах *(12)*. Эти осложнения часто ведут к развитию угрожающих состояний и ежегодно в мире обусловливают 63 000 случаев материнской смертности. Кровотечение в связи с разрывом плаценты или ее предлежанием наблюдается приблизительно у 4% беременных *(13)*. Более редкие, но крайне опасные осложнения включают внематочную беременность и трофобластическую болезнь, или молярную беременность (пузырный занос и хорионэпителиома).

Различные общие заболевания в период беременности нередко обостряются и осложняют ее течение. У беременных женщин, например, более тяже-

## Вставка 3.1 Снижение бремени малярии среди детей и беременных женщин

Ежегодно в мире около 50 млн. женщин, живущих в странах, эндемичных по малярии, становятся беременными. Из них приблизительно 10 000 женщин, а также 200 000 грудных детей умирают от малярии; при этом причиной более половины случаев смерти является тяжелая малярийная анемия *(14, 15)*. Малярия во время беременности также увеличивает риск мертворождения, спонтанного аборта, сниженной массы тела новорожденного и неонатальной смерти. Вероятность развития тяжелой формы малярии выше у ВИЧ-инфицированных беременных женщин.

Из одного миллиона ежегодных случаев смерти от малярии более 90% приходится на детей младшего возраста в Африке. На эту же группу населения падает большинство случаев тяжелой малярийной анемии *(16–18)*. Тяжелая анемия вероятно обусловливает в Африке более половины всех случаев смерти от малярии среди детей. Уровень летальности при этом составляет от 8% до 18% среди госпитализированных больных *(16–22)* и, возможно, еще выше – среди населения в целом.

Меры контроля малярии и анемии общеизвестны и, хотя не являясь идеальными, они могут в значительной степени снизить заболеваемость и смертность от малярии. Службы охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка представляют собой одно из основных средств для осуществления этих мер.

Помимо безотлагательного лечения случаев малярии *(23)*, службы охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка могут внести полезный вклад в популяризацию использования надкроватных противомоскитных сеток, обработанных инсектицидами, а также в проведение прерывистого профилактического лечения.

Применение сеток, обработанных инсектицидами, уменьшает масштабы вреда, наносимого малярией: оно способствует снижению уровня паразитемии, частоты случаев сниженной массы тела новорожденного, а также анемии *(24–26)*. Было показано, что использование сеток снижает приблизительно на одну пятую уровень смертности от всех причин среди детей младшего возраста, ежегодно спасая, в среднем, шесть жизней на каждые 1000 детей в возрасте 1 – 59 месяцев, применяющих эту меру защиты *(26)*. Применение сеток представляет собой один из высоко рентабельных путей использования ограниченных ресурсов здравоохранения *(27)*.

Прерывистое профилактическое лечение во время беременности заключается в назначении антималярийного препарата (сульфадоксин-пириметамина), принимаемого в полной терапевтической дозе через определенные промежутки времени в течение второго и третьего триместра независимо от наличия инфекции. Это уменьшает приблизительно на 40% уровни материнской анемии, малярийного поражения плаценты, а также снижения массы тела новорожденного *(28–30)*. Прерывистое профилактическое лечение является одной из наиболее экономически эффективных стратегий снижения заболеваемости и смертности, связанной с малярией *(31, 32)*. Недавно полученные данные свидетельствуют о том, что этот метод может оказаться весьма полезным для контроля малярии и анемии среди детей грудного возраста *(33, 34)*. Консорциум по прерывистому профилактическому лечению грудных детей (Intermittent Preventive Treatment in Infants Consortium), в который вошли ВОЗ, ЮНИСЕФ, а также исследовательские группы из Африки, Европы и США, продолжает научные изыскания в этой области.

ло протекает малярия, которая вкупе с анемией ежегодно является причиной 10 000 случаев материнской смертности и 200 000 случаев младенческой смертности (см. вставки 3.1 и 3.2). Там, где высок уровень распространенности ВИЧ-инфекции, может иметь существенное значение смертность беременных от СПИДа. У беременных женщин часто наблюдается туберкулез, который обусловливает 9% всей смертности среди женщин репродуктивного возраста. Важнейшей проблемой на мировом уровне являются нарушения питания матерей – как белково-калорийная недостаточность, так и дефицит различных микроэлементов. Как ни странно, все более актуальной становится проблема ожирения, которое ведет к диабету и затрудненным родам *(45)*.

Нарушения психического здоровья возникают при беременности, по всей видимости, чаще, чем полагали ранее. Несмотря на то, что беременность рассматривается как период общего психологического благополучия в жизни женщины *(46)*, отмечены высокие уровни психиатрической заболеваемости среди беременных, например в Уганде *(47)*. Предсуществующие скрытые психологические проблемы, особенно при нежелательной беременности, могут легко выходить на поверхность в виде депрессии, злоупотребления наркотиками или суицидальных попыток. Частота депрессивных состояний, наблюдаемых на поздних сроках беременности, – такая же или даже выше, чем в послеродовом периоде *(48–51)*.

Помимо всего прочего, многие беременные женщины подвержены рискам, непосредственно связанным с их образом жизни. Нездоровые привычки, включая употребление алкоголя, табака и наркотиков, опасны как для матери, так и для плода, поскольку они могут приводить к таким тяжелым последствиям, как преждевременная отслойка плаценты, синдром внезапной смерти младенца, алкогольный синдром плода, нарушения развития ребенка *(52)*. Беременные женщины редко надеются на помощь медицинских работников при фактах насилия или воздействии вредных факторов окружающей среды на рабочем месте, однако эти вопросы представляют собой весьма важные и к тому же недооцениваемые проблемы общественного здравоохранения (см. вставку 3.3).

## Не упускать удобный случай

Хорошо функционирующая антенатальная помощь не ограничивается лишь контролем осложнений беременности. Женщины составляют наиболее круп-

## Вставка 3.2 Анемия – тихий убийца

Являясь одной из ведущих глобальных причин стойких нарушений здоровья (35), анемия представляет собой крайне серьезную проблему мирового общественного здравоохранения. От анемии страдает почти половина беременных женщин в мире: в развивающихся странах – 52%, в индустриально развитых странах – 23% *(36)*. Наиболее частыми причинами анемии являются неполноценное питание, железодефицитные состояния и недостаточность других микроэлементов, малярия, анкилостомидоз и шистосомоз. Существенный дополнительный вклад вносят ВИЧ-инфекция *(37)* и гемоглобинопатии.

Анемия во время беременности приводит к серьезным клиническим последствиям. Она ассоциируется с повышенным риском смерти матери, в особенности от кровотечения *(38)*. Беременные с тяжелой степенью анемии хуже переносят кровопотерю *(39)*, и им бывает необходимо переливание крови, которое в условиях стран с низким уровнем доходов не всегда возможно и связано с риском. Анемия во время беременности также может приводить к повышению частоты мертворождений, уровней перинатальной смертности, сниженной массы тела при рождении и незрелости плода *(40)*. В странах, эндемичных по малярии, анемия является одной из наиболее частых предотвратимых причин смерти среди беременных женщин, а также среди детей в возрасте до пяти лет *(41)*. Уменьшение бремени анемии имеет ключевое значение для достижения Целей тысячелетия в области развития, касающихся материнской и детской смертности. Наиболее тяжелое бремя анемии падает на самые «труднодоступные» группы населения. Соответствующие клинические рекомендации опубликованы в серии ВОЗ «Комплексное ведение беременности и родов» *(42–44)*.

Стратегия контроля анемии у беременных женщин включает: выявление и соответствующее лечение; профилактику паразитарных заболеваний и обеспечение поступления в организм женщины дополнительных количеств железа и фолиевой кислоты; повышение качества акушерской помощи и лечения женщин с тяжелой степенью анемии.

Успешное осуществление данных экономически эффективных мер требует совместных усилий по ряду направлений медико-санитарной помощи – в особенности, относящихся к беременным женщинам и детям младшего возраста – а также укрепления служб здравоохранения, повышения уровня информированности местных сообществ и финансовых вложений.

ную группу потребителей услуг медико-санитарной помощи, которые сами активно обращаются в медицинские учреждения. Это дает огромные возможности для использования антенатальной помощи в качестве основы для осуществления программ, относящихся к питанию, ВИЧ/СПИДу, инфекциям, передаваемым половым путем, малярии, туберкулезу и т.д. Однако эти возможности, как и ряд других, до сих пор используются недостаточно. Нельзя упускать следующие три важнейших возможности, которые дает антенатальная помощь.

Во-первых, антенатальные консультации предоставляют удобные условия для популяризации здорового образа жизни, что может оказывать долгосрочный благоприятный эффект на здоровье самой женщины, ее будущего ребенка и возможно всей ее семьи. Наиболее яркий пример – пропаганда планирования семьи, что может иметь положительный эффект на уровень пользования контрацептивными средствами после родов. Женщины порой даже предпочитают обсуждать методы планирования семьи именно во время беременности или в процессе послеродового ухода *(64, 65)*. Другим примером использования антенатальной помощи для агитации за здоровый образ жизни являются успешные программы для беременных женщин, направленные на прекращение курения *(66)*. Результат их осуществления – уменьшение риска сниженной массы тела новорожденного и преждевременных родов, а также долгосрочное благоприятное воздействие на здоровье беременной женщины.

Во-вторых, антенатальная помощь дает возможность составить план предстоящих родов *(67)*. Помимо собственно планирования, это позволяет информировать женщину и ее близких об имеющемся риске непредвиденного развития событий. Собственно планирование родов включает принятие решений относительного того, где именно женщина предпочла бы рожать, кого бы она хотела видеть в качестве помощника в родах и кто будет находиться рядом для

P. Carnevale/WHO

Этот ребенок надежно защищен противомоскитной сеткой, обработанной инсектицидами. Нигер.

психологической поддержки.Этот процесс также включает определение местонахождения ближайшего подходящего медицинского учреждения, резервирование финансовых средств для оплаты родов и непредвиденных расходов, при планировании родов в медицинском учреждении – решение вопросов транспортировки роженицы, а также поиск доноров с совместимой группой крови на случай экстренной необходимости. Планирование родов применяется во многих развитых странах уже в течение более десяти лет с вполне благоприятными результатами *(68–70)*. В развивающихся странах оно также успешно внедряется, хотя пока еще в весьма незначительном масштабе.

В-третьих, консультации антенатальной помощи позволяют подготовить женщину к выполнению роли матери и к тому, что будет происходить после родов. Женщина и члены ее семьи могут узнать, как заботиться о своем здоровье и куда обращаться за помощью в случае необходимости, но самое главное – как осуществлять уход за новорожденным. Обучение навыкам материнства особенно важно для беременных юного возраста, а также для женщин с недостаточной уверенностью в себе *(71)*. Оно может способствовать последующему улучшению ухода за ребенком *(72)*. Все это помогает в создании благоприятной семейной среды, чутко реагирующей на нужды ребенка

## Важнейшие направления будущего развития

Антенатальная помощь возникла в первой половине XX века как средство просвещения «невежественных» женщин с акцентом на благополучие ребенка. Это было реакцией на тогдашнюю ситуацию, расцениваемую как недостаточная преданность женщин долгу материнства, приводящая к истощению национальных людских резервов *(73)*. В 1950-х годах она использовалась как инструмент скрининга, для выявления женщин с высоким риском осложнений. Несмотря на то, что она не оправдала себя в качестве метода скрининга, вряд ли можно отрицать, что антенатальная помощь, имеющая в своем арсенале эффективные лечебно-профилактические средства, позволяет контролировать многие осложнения беременности, сопутствующие заболевания и другие нарушения.

Антенатальная помощь прошла долгий путь в своем развитии, но может успешно развиваться и дальше. Наибольшую важность имеют четыре направле-

## Вставка 3.3 Насилие против женщин

Насилие против женщины со стороны ее партнера – это одновременно и нарушение прав человека, и глобальная проблема общественного здравоохранения. Эта разновидность насилия часто носит повторный характер и иногда может впервые проявляться во время беременности, губительно действуя на здоровье матери и ее будущего ребенка. По данным исследований, проведенных в Египте, Индии, Мексике, Никарагуа и Эфиопии, 14 – 32% женщин указали на факты сексуального или физического насилия, совершенного по отношению к ним во время беременности. Виновником обычно являлся партнер *(53)*. По материалам из Перу, 15% женщин, проживающих в Лиме, и 28% – в департаменте Куско, подвергались физическому насилию во время беременности *(54)*. В Канаде, Соединенном Королевстве, Швейцарии и Швеции уровни распространенности насилия против беременных женщин составляют от 4% до 11%. Насилие во время беременности может иметь смертельные последствия: в Пуне (Индия) 16% всех случаев смерти во время беременности в 400 деревнях и семи больницах были связаны с проявлением насилия со стороны партнеров *(55)*. Помимо физических травм, в результате насилия повышается риск преждевременных родов, сниженной массы тела при рождении, анемии, инфекций, передаваемых половым путем, инфекций мочевыводящих путей, применения наркотиков, депрессии и других нарушений психического здоровья *(56)*.

Антенатальная помощь дает возможность выявления случаев насилия во время беременности – первый шаг в направлении оказания поддержки будущей матери и помощи ей в поиске выхода из положения. Опыт, однако, показывает, что выявление насилия только тогда приносит пользу, когда имеются условия для оказания реальной помощи и/или для направления в другие учреждения, где женщине будет предоставлена необходимая поддержка. Медицинские работники должны не только уметь распознавать факты насилия, но и знать, какие меры нужно в таких случаях предпринимать. Врачи, медицинские сестры, акушерки и другие медицинские работники, участвующие в оказании помощи беременным, должны быть специально обучены технике распознавания и методам расспроса о насилии со стороны партнера, методике передачи информации с соблюдением конфиденциальности и без оценочных суждений, методам оказания помощи и поддержки, включая направление в другие соответствующие учреждения по оказанию помощи *(57–63)*.

ния ее развития: рационализация механизмов и форм оказания помощи, развертывание на базе антенатальной помощи ряда других ключевых программ медико-санитарной помощи, внедрение более эффективных путей установления психологического контакта и диалога с женщинами, а также предупреждение неоправданного применения медицинских вмешательств (чрезмерной «медикализации»), приносящих больше вреда, чем пользы. Крайне важно также окончательно решить еще не снятую с повестки дня проблему неполного охвата антенатальной помощью всех беременных женщин.

Все еще слишком часто антенатальная помощь выглядит скорее неким ритуалом, нежели комплексом высокоэффективных вмешательств. Многие тесты и процедуры, выполняемые в ходе рутинной антенатальной консультации, имеют весьма низкую научную ценность *(74)*. Можно легко обойтись без многих неэффективных вмешательств, таких, например, как обязательное взвешивание женщины во время каждой консультации с целью оценки состояния матери и развития плода *(75)*. Они отнимают ценное время, которое можно с большей пользой использовать для консультирования женщины по вопросам здорового образа жизни, а также для выявления и лечения имеющихся нарушений здоровья.

Взаимосвязь между антенатальной помощью и мероприятиями, направленными на состояние женщины в целом, в том числе на контроль предсуществующих заболеваний, является крайне недооцененным аспектом помощи при беременности. Значительный потенциал, имеющийся в этом отношении у антенатальной помощи, используется далеко не полностью. Антенатальная помощь обладает неоценимыми ресурсами в качестве базы для развертывания других программ медико-санитарной помощи – таких, как планирование семьи, контроль ВИЧ/СПИДа и других инфекций, передаваемых половым путем, малярии, туберкулеза. Полезная информация по профилактике и лечению различных заболеваний во время беременности содержится в повсеместно доступных рекомендациях ВОЗ *(42)*. Беременность – это период, когда повышается возможность продуктивного диалога между женщиной и медицинским работником о важных вопросах здоровья и жизненных обстоятельств. Установление атмосферы доверительного общения, которое помогает связать вместе медицинские и социальные аспекты, сделает помощь более гуманной и в конечном счете более действенной.

Часто упускаемый из виду вопрос – излишняя «медикализация» нормально протекающей беременности, навязываемая медицинскими работниками, иногда из соображений финансовой прибыли. Помощь, отягощенная ненужными медицинскими процедурами и вмешательствами, может оказывать неблагоприятное воздействие на здоровье как матери, так и плода, а также вводить семьи в дополнительные расходы. Все еще слишком часто сложные исследования, такие как ультразвуковое сканирование, выполняются без всяких показаний во время каждого антенатального посещения, в то время как действительно полезные процедуры, например, измерение артериального давления, игнорируются. Точно так же забывают и о составлении плана родов и консультировании относительно имеющихся нарушений здоровья. В некоторых странах это явление достигло крайних форм, когда ультразвуковое сканирование применяется с целью определения пола будущего ребенка и искусственного прерывания беременности, если это девочка.

Что касается охвата, необходимо добиться обеспечения по крайней мере четырехкратных посещений в ходе каждой беременности, начиная с достаточно ранних сроков, позволяющих эффективное проведение необходимых мероприятий. Нужно, чтобы антенатальную помощь оказывали квалифицированные работники системы здравоохранения с целью обеспечения связи с последующей помощью в родах. Существует два типа препятствий для расширения охвата антенатальной помощью. Во-первых, в некоторых районах нет возможности оказания помощи, и необходимые услуги могут быть предоставлены лишь при

наличии выездных (мобильных) структур, обеспечивающих физический доступ. Во-вторых, работники, оказывающие помощь, зачастую недостаточно внимательно относятся к нуждам пациентов. Не являются редкостью жалобы на грубость и небрежность персонала, неожиданно высокая стоимость услуг, неудобные часы работы учреждения антенатальной помощи и невозможность для мужа беременной женщины присутствовать во время консультации. Относительно простые изменения организации проведения консультаций антенатальной помощи (например, установление такого режима работы пунктов оказания антенатальной помощи, при котором они открыты для консультаций чаще, чем один день в неделю) могут иногда приводить к значительному повышению уровня использования услуг. Беременные юного возраста проявляют в этом отношении особую ранимость. Повышенная внимательность в оказании помощи беременным подросткового и молодого возраста будет в значительной степени способствовать расширению охвата антенатальной помощью. Вместо вопроса «Почему женщины не хотят пользоваться теми услугами, которые мы предлагаем?» следует задать себе вопрос «Почему мы не предлагаем женщинам таких услуг, которыми они захотят воспользоваться?» *(76)*.

## НЕ КАЖДАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЖЕЛАННОЙ

### Планирование беременности еще до того, как она возникнет

Многие женщины хотят иметь ребенка. Из них ежегодно 123 млн. становятся беременными. Однако у значительного числа женщин – около 87 млн. – беременность возникает непредвиденным образом. Для одних женщин и их партнеров это становится счастливым сюрпризом, однако для других беременность является несвоевременной или просто нежелательной *(77)*. Из приблизительно 211 млн. ежегодных случаев беременности около 46 млн. заканчивается искусственным абортом (см. рис. 3.2) *(78)*.

Несмотря на значительное число случаев нежелательной беременности, на сегодняшний день гораздо больше женщин, чем когда-либо ранее, контролируют свою репродуктивную функцию путем удлинения интервалов между беременностями либо путем ограничения их числа. Тридцатилетние усилия по предоставлению людям возможности пользоваться услугами контрацепции не прошли даром. В развивающихся странах распространенность применения контрацептивных средств среди населения выросла с 10% в начале 1960-х годов до 59% на конец тысячелетия *(79)*. Несмотря на уменьшение международной финансовой поддержки, в течение последних 10 лет частота применения контрацептивных средств в мире ежегодно возрастает на 1% *(80)*. Соответственно снижаются глобальные значения показателя фертильности женщин: на сегодняшний день среднее число детей на одну женщину составляет 2,69 (по сравнению с 4,97 на начало 1960-х годов) *(81)*.

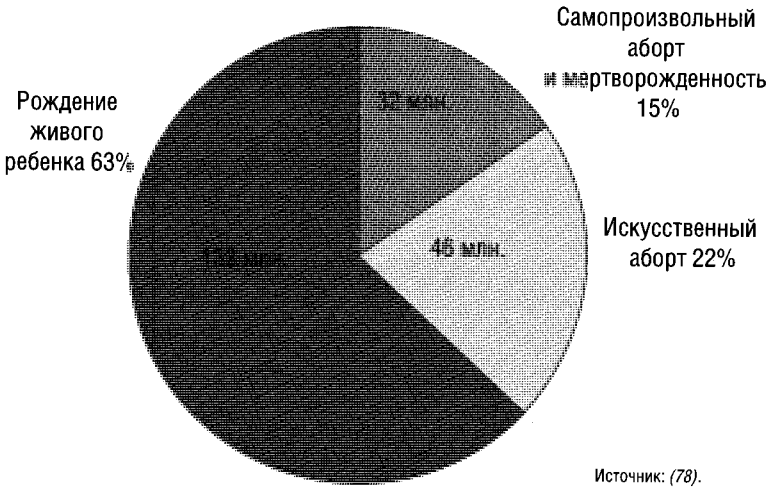
Тем не менее, по мере того как большее, чем когда-либо ранее, число женщин достигает репродуктивного возраста, миллионы из их числа, которые вообще не хотят иметь ребенка или предпочли бы отложить наступление очередной беременности на более отдаленные сроки, не применяют никаких средств контрацепции *(82)*. Эти растущие неудовлетворенные потребности могут быть обусловлены отсутствием доступа к противозачаточным средствам (проблема, в первую очередь касающаяся подростков), но также и тем, что женщины по тем или иным причинам не пользуются ими. При этом наиболее часто указываемая причина – около 45% случаев – отсутствие, по словам женщин, риска забеременеть. Приблизительно в одной трети случаев – это боязнь побочных эффектов и высокая стоимость контрацептивных средств. Принципиальное неже-

лание использовать контрацептивные средства – это менее выраженная, но все же значительная причина, обычно относимая к мужу *(83)*. Вследствие всех перечисленных препятствий уровень использования контрацептивных средств все еще весьма низок во многих частях Африки и характеризуется большим разбросом значений на других континентах. В соответствии с данными недавно проведенного опроса, в некоторых странах фактически происходит снижение охвата населения мероприятиями по планированию семьи.

Но даже если потребности в области контрацепции были бы полностью удовлетворены, все равно оставалось бы много случаев нежелательной и несвоевременной беременности. Несмотря на то, что большинство современных методов контрацепции при их систематическом использовании высоко эффективны, пользователи часто не имеют возможности получения квалифицированной консультации по правильному применению того или иного контрацептивного средства. И даже в том случае, если бы все они применяли контрацептивы строго в соответствии с инструкцией, все еще оставалось бы ежегодно почти 6 млн. непредвиденных случаев беременности. Фактическая ситуация такова, что при типичном применении контрацептивных средств в условиях реальной жизни ежегодное число случаев непредвиденной беременности, возникающей в результате неправильного применения контрацептивного средства или неудачи использованного метода, по оценочным данным составляет 26,5 млн. *(84)*. К тому же, неудовлетворенность методом может повлечь прекращение его использования, что часто сочетается с наличием недостаточного выбора средств контрацепции, неправильным применением или боязнью побочных действий – все это признаки неудовлетворительного качества служб планирования семьи.

Исследования проблем неудовлетворенных потребностей и неудач контрацепции мало затрагивают роль неравенства реальных прав мужчин и женщин. Это неравенство в значительной степени является причиной нежелаемого секса и как следствие – нежелательной беременности *(85)*. Молодые женщины подвергаются повышенному риску нежелаемого секса либо секса в нежелаемых условиях, особенно при значительной разнице в возрасте с партнерами *(85)*. От 7% до 48% девушек-подростков сообщают, что их первое половое сношение происходило в условиях принуждения *(86, 87)*. Девушки-подростки с большей вероятностью оказываются в ситуации вынужденного вступления в половую жизнь под давлением или при прямом принуждении мужчиной более старшего возраста; при этом им часто приходится полагаться на него и в плане предупреждения беременности. Женщины, принуждаемые к сексу или подвергающиеся злоупотреблениям со стороны партнера, как правило, реже имеют возможность применения контрацептивных средств и в связи с этим подвержены более высокому риску нежелательной беременности. Женщины, перенесшие сексуальное насилие, часто испытывают страх беременности и с опозданием обращаются в медицинское учреждение для обследования или оказания помощи.

Рис. 3.2 Мировые показатели ежегодных исходов беременности




Источник: *(78)*.

Имеется все больше фактических данных, подтверждающих, что насилие приводит к нежелательным беременностям. Вплоть до 40% женщин, обращавшихся за помощью по поводу прерывания беременности, в тот или иной период своей жизни подвергались сексуальному и/или физическому насилию *(88, 89)*.

Незапланированная или нежелательная беременность – вследствие неудовлетворенных потребностей в контрацептивных средствах, неудач примененных методов контрацепции либо как последствие нежелаемого секса – при ее сохранении влечет по крайней мере не меньший риск, чем преднамеренная и желанная. По оценочным данным, можно было бы ежегодно предотвращать вплоть до 100 000 случаев материнской смертности, если бы женщины, которые не хотят иметь детей, использовали эффективные средства предохранения от беременности *(90)*. Если включить в эти расчеты также и материнскую заболеваемость, то предупреждение нежелательной беременности могло бы ежегодно предотвращать потерю 4,5 млн. DALY (Показатель DALY отражает число лет жизни, утраченных из-за преждевременной смерти, а также лет, прожитых с ограничением здоровья той или иной тяжести. — *Примечание переводчика) (91)*.

Последствия нежелательной беременности – достаточно серьезные, однако результаты исследований показывают, что эффективная контрацепция способствует улучшению здоровья матерей не только за счет предотвращения вышеуказанной смертности и заболеваемости. Это происходит двумя путями. Во-первых – поскольку нежелательная беременность несет больший риск, чем желанная. Путем удовлетворения потребностей в контрацепции для молодых девушек и женщин старшего возраста, а также для тех женщин, которые хотят увеличить интервал между родами, можно предотвратить случаи нежелательной беременности, сопряженной с высоким риском. Помимо этого имеется и благоприятный эффект по отношению к ребенку. Увеличение интервалов между беременностями хотя бы до двух лет повышает шансы его выживания *(92)*. Во-вторых, имеются определенные указания на то, что женщины, для которых беременность является желанной, более внимательно относятся к своему состоянию: они в большем проценте случаев обращаются за антенатальной помощью уже на ранних сроках беременности, рожают под медицинским наблюдением и их дети чаще проходят полный цикл вакцинации *(90)*. Наконец, существенный вклад контрацепции в снижение материнской смертности и инвалидности обусловлен ее потенциальным влиянием на частоту небезопасных абортов.

## Небезопасный аборт – важнейшая проблема общественного здравоохранения

Из 46 млн. выполняемых ежегодно в мире искусственных абортов приблизительно 60% производятся в безопасных условиях. С точки зрения общественного здравоохранения важно проводить различие между безопасным и небезопасным абортом. Прерывание беременности, производимое квалифицированными медицинскими работниками с применением надлежащего оснащения, по правильной методике и с соблюдением требований асептики, не несет с собой риска или он крайне мал. Уровень летальности составляет не более 1 на 100 000 проведенных вмешательств *(78, 84)* — ниже, чем риск самой благополучной сохраненной и доношенной беременности.

На практике, однако, более 18 млн. искусственных абортов производятся каждый год людьми, не имеющими необходимых навыков и/или в условиях, не соответствующих даже минимальным санитарным требованиям, и таким образом эти аборты являются небезопасными *(93, 94)*. Почти все такие аборты производятся в развивающихся странах. Самые высокие показатели — 34 небезопасных аборта на 1000 женщин — отмечены в Южной Америке. Вплотную за

ней следует восточная Африка (31 на 1000 женщин), затем западная Африка (25 на 1000 женщин), центральная Африка (22 на 1000 женщин) и южная Азия (22 на 1000 женщин) *(93)*. Тот факт, что женщины ищут любую возможность прервать беременность в условиях, когда аборты небезопасны, запрещены или и то и другое вместе, свидетельствует о том, насколько важно для них иметь возможность управлять своей репродуктивной функцией. Женщины платят большую цену за небезопасные аборты, не только своим здоровьем и жизнью, но и в буквальном смысле. Например, в Пномпене (Камбоджа) расценки на производство аборта – легального, но чаще всего небезопасного – составляли в 2001 г. от 15 до 55 долл. США, что соответствует заработной плате медицинской сестры в государственном секторе за несколько месяцев *(95)*.

Небезопасные аборты являются особой проблемой для молодых женщин. Две трети небезопасных абортов приходятся на женщин в возрасте от 15 до 30 лет. Около 2,5 млн., или почти 14% всех небезопасных абортов, производимых в развивающихся странах — у женщин моложе 20 лет. Возрастные характеристики небезопасных абортов значительно варьируют по регионам. Так, в Африке доля женщин в возрасте от 15 до 19 лет, имевших небезопасный аборт, выше, чем в каком-либо другом регионе, и почти 60% небезопасных абортов приходится там на женщин, не достигших 25-летнего возраста. В Азии на эту возрастную группу приходится всего 30% небезопасных абортов. В странах Карибского бассейна и Латинской Америки более половины небезопасных абортов производится у женщин в возрасте от 20 до 29 лет *(93)*.

Однако повсеместно и среди всех возрастных групп наблюдаются самые неблагоприятные последствия. Риск умереть от небезопасного аборта составляет около 350 на 100 000. Ежегодно по этой причине погибают 68 000 женщин. Не приводящие к смерти осложнения и другие последствия составляют существенную часть глобального бремени болезней *(96)*, уже не говоря о психологических расстройствах, весьма часто сопровождающих случаи небезопасных абортов *(97)*. Небезопасные аборты также приводят к значительным расходам в системе здравоохранения. В некоторых развивающихся странах госпитализация по поводу осложнений небезопасных абортов составляет до 50% направлений в акушерские стационары *(98, 99)*. В Лусаке (Замбия) она составляет 27% не связанных с родами направлений для оказания специализированной акушерско-гинекологической помощи *(10)*. Удовлетворение коечной потребности, обеспечение кровью для трансфузий, медикаментами, оснащение операционных, расходы на проведение анестезии и привлечение специалистов-медиков наносят серьезный урон ограниченным ресурсам многих стран *(84)*. Стоимость дневного пребывания в стационаре в связи с последствиями небезопасного аборта может более чем в 2500 раз превышать размер ассигнований бюджета здравоохранения на душу населения в день *(100)*.

## КОНТРОЛЬ ОСЛОЖНЕНИЙ АБОРТА

На Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР), состоявшейся в 1994 г. в Каире, небезопасные аборты были квалифицированы как одна из наиболее важных проблем общественного здравоохранения, и правительства приняли решение о совместной работе, направленной на их искоренение. Принятая программа действий включала улучшение доступа к современным методам контрацепции, к высококачественной послеабортной помощи (необходимой для контроля осложнений не только небезопасных абортов, но также и самопроизвольных выкидышей), а также к услугам безопасного прерывания беременности в полном объеме, разрешенном национальным законодательством. Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН 1999 г. (МКНР+5) постановила, что «в тех случаях, когда аборт не противоречит закону, системы здравоохранения должны заниматься подготовкой медицинских работников, предос-

тавлять в их распоряжение все необходимое и принимать другие меры с целью обеспечить безопасность и доступность таких абортов». *(101)*

Безопасная и всесторонняя послеабортная помощь в связи с осложнениями индуцированного аборта, а также предоставление услуг по прерыванию беременности в объеме, разрешенном законодательством, остаются резко ограниченными вследствие недостатков системы здравоохранения и дефицита доступа. Женщины, особенно девушки-подростки, принадлежащие к бедным слоям населения, а также проживающие в сельской местности, часто не знают, куда нужно обращаться для безопасного и легального прерывания беременности. Они могут испытывать недостаток средств, времени или права голоса в принятии решений, чтобы обратиться за такой помощью. Их может удерживать от обращения отсутствие конфиденциальности и плохое отношение медицинских работников *(102)*. В результате многие женщины, особенно в развивающихся странах, обращаются к неквалифицированным знахарям, что ставит их жизнь в опасность. Крайне драматичный пример представляет собой ситуация беженцев в условиях, когда систематические изнасилования все чаще используются в качестве способа ведения войны. В большинстве стран аборт в таких случаях разрешен, однако женщины, равно как и медицинские работники, часто об этом не осведомлены, и организации, предоставляющие гуманитарную помощь, например, в лагерях беженцев, также имеют тенденцию игнорировать этот вопрос *(103)*.

Искусственное прерывание беременности по тем или иным показаниям разрешено законом во многих странах (см. рис 3.3), однако зачастую даже руководители и профессионалы-медики лишь приблизительно ориентируются в том, что закон позволяет, а что нет. В странах с менее жесткими правовыми ограничениями женщины, в принципе, имеют больше возможностей для прерывания нежелательной беременности в безопасных условиях. Однако и в таких случаях соответствующие службы могут быть плохо оснащены или их персонал – недостаточно обучен, несмотря на то, что обучение, оснащение и необходимые организационные мероприятия для обеспечения доступа к безопасной помощи для женщин, имеющих на нее право по закону, не составляют особой сложности и недороги *(84)*. В Индии, например, где с 1974 г. существует достаточно либеральное законодательство по вопросу абортов, на начало 1990-х годов вследствие административных барьеров и недостатка информированности число небезопасных абортов было в семь раз выше, чем безопасных. При этом смертельные исходы в результате небезопасных абортов составляли 20% от общего уровня материнской смертности. Но там, где в пределах, установленных законом, и в соответствии с рекомендациями Генеральной Ассамблеи ООН предпринимаются меры, направленные на обучение кадров, оснащение учреждений и облегчение доступа к безопасным услугам и необходимой информации, женщины реже попадают в условия небезопасного прерывания беременности.

Ежегодно многие миллионы женщин переживают удручающую ситуацию нежелательной беременности. Требуются продолжительные усилия в области образования, информирования, предоставления государственным сектором услуг контрацепции для того, чтобы свести к минимуму эту проблему. Даже самая совершенная политика в области планирования семьи не сможет полностью предотвратить все нежелательные беременности, однако предотвращение 68 000 смертельных исходов, инвалидности и страданий, связанных с небезопасными абортами, представляет собой вполне возможную для достижения цель. Вопрос заключается не только в том, как страна определяет, что позволено законом, а что нет, но также в необходимости гарантировать всем женщинам доступ к высококачественной помощи по искусственному прерыванию беременности и в послеабортном периоде в полной мере, разрешенной законом.

## СОЦИАЛЬНАЯ ЦЕННОСТЬ БЕРЕМЕННОСТИ: ВОПРОС ПРАВОВОЙ ЗАЩИТЫ

Даже в такой социальной среде, где беременность в целом ценится высоко, положение будущей матери не всегда завидное. Общество, в котором женщины вообще имеют низкий статус, проявляет такое же отношение и к будущим матерям. Крайним выражением подобной маргинализации является насилие против женщин — серьезнейшая проблема общественного здравоохранения во всем мире *(54)*. Женщины, перенесшие злоупотребления во время беременности, подвержены более высокому риску самопроизвольного аборта, убийства и самоубийства, их дети с большой частотой имеют сниженную массу тела при рождении и дистресс-синдром плода *(105)*.

Со времени принятия в 1994 г. Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) многие страны разработали или усовершенствовали свое законодательство в поддержку целей МКНР. Так, например, многие страны приняли законы, квалифицирующие насилие против женщин как уголовное преступление; в ряде стран были официально запрещены ритуальные калечащие операции на женских половых органах (генитальная мутиляция). По мере постепенного внедрения в жизнь эти законы способствуют большей защищенности девочек и беременных женщин, а также способствуют улучшению их здоровья в целом.

Защита интересов беременных женщин невозможна без наличия правовой основы и специально разработанной политики по данному вопросу. Несомненно, в первую очередь речь идет об установлении минимального возраста вступления в брак, переводе проявлений насилия против женщин в разряд уголовных преступлений, запрещении вредных ритуалов, таких как женская генитальная мутиляция, внедрении обязательной регистрации рождений. Все страны ратифицировали по крайней мере одну из основных международных конвенций по правам человека (а многие ратифицировали все). Эти инструменты международного права накладывают на страны обязательства по обеспечению защиты и соблюдения прав своих граждан, что служит отправной точкой для эффективной защиты интересов беременных женщин.

На этой основе может быть предпринят широкий круг специальных правовых и организационных мер, направленных на совершенствование защиты интере-

Рис. 3.3 Необходимые обоснования для разрешения искусственного прерывания беременности, принятые в разных странах мира

Источник данных: *(104)*.

сов беременных женщин. Речь идет о предоставлении информации по сексуальному и репродуктивному здоровью, введении обязательного систематического анализа и проверок состояния материнской, перинатальной и неонатальной смертности, учреждении правовых механизмов финансовой защиты и оказания материальной поддержки беременным. Эти механизмы касаются покрытия расходов на медицинскую помощь и гарантий сохранения дохода.

Конвенция об охране материнства, принятая Международной организацией труда в 1919 г. (последний пересмотр в 2000 г.), установила минимальные требования по включению данных аспектов в национальное законодательство *(106)*.

Положения конвенции обеспечивают гарантии против увольнения женщин с работы в период беременности, во время отпуска по беременности и родам и в течение периода грудного вскармливания, а также предоставление им материальной поддержки. Конвенция включает вопросы доступа к медицинской помощи во время беременности, родов и в послеродовом периоде, в том числе возможность госпитализации, а также вопросы, связанные с длительностью рабочего дня и выполнением только тех видов работ, которые не оказывают вредного воздействия на мать или ребенка. Конвенция призывает к предоставлению отпуска по беременности и родам длительностью в 14 недель, из которых шесть недель в интересах здоровья матери и ребенка должны приходиться на послеродовой период. В соответствии с текстом конвенции, ее положения относятся ко всем замужним и незамужним работающим по найму женщинам, включая женщин, «занятых нетипичными формами зависимого труда». Последнее уточнение можно широко интерпретировать, распространяя действие конвенции на женщин, занятых во всех секторах экономики, в том числе и в неформальном секторе. Однако на практике правовые нормы обычно относятся только к женщинам, работающим по найму в формальном секторе. По мере растущей урбанизации и развития формальной экономики вопрос о соответствии этим минимальным требованиям становится все более актуальным как в развивающихся, так и в развитых странах.

С другой стороны, многие существующие законы, нормы и направления политики, ограничивающие доступ к определенным услугам здравоохранения для незамужних женщин или не достигших определенного возраста, лишают помощи значительное число женщин, которые в ней нуждаются. Аналогичным образом обстоит дело с платными услугами, которые становятся недоступными для бедных слоев населения. До сих пор существуют виды помощи, где требуется разрешение третьего лица (обычно мужа) на проведение женщине тех или иных вмешательств (во время беременности и вне ее), даже если официальное законодательство этого не требует. Для обеспечения защиты интересов беременной женщины требуется незамедлительно обращать внимание на все подобные ситуации, что часто требует пересмотра политики и существующих правил. Беременных женщин может окружать неблагоприятная социальная и правовая среда. Обращение в таких случаях к генеральным международным принципам соблюдения прав человека может во многом способствовать устранению источников социального исключения, что не менее важно, чем оказание антенатальной помощи.

## Библиография


1. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. Lancet, 2001, 357:1565–1570.
2. WHO/UNICEF. *Antenatal care in developing countries. Promises, achievements, and missed opportunities. An analysis of trends, levels, and differentials 1990–2001*. Geneva, World Health Organization, 2003.
3. Backe B, Nakling J. Effectiveness of antenatal care: a population based study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1993, 100:727–732.
4. Hall MH, Chang PK, MacGillivary I. Is routine antenatal care worth while? *Lancet*, 1980, 2:78–80.
5. Fortney J, Smith J. Measuring maternal mortality. In: Bere M, Ravindran T, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Oxford, Blackwell Science for Reproductive Health Matters, 1999.
6. Li X, Fortney J, Kotelchuck M, Glover L. The postpartum period: the key to maternal mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1996, 54:1–10.
7. Hieu D, Hanenber R, Vach T, Vinh D, Sokal D. Maternal mortality in Vietnam. *Studies in Family Planning*, 1999, 30:329–338.
8. *Egypt national maternal mortality study 2000*. Cairo, Ministry of Health and Population, 2000.
9. Franks AL, Kendrick JS, Olson DR, Atrash HK, Saftlas AF, Moien M. Hospitalization for pregnancy complications, United States, 1986 and 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1992, 166:1339–1344.
10. Murray SF, Davies S, Kumwenda Phiri R, Ahmed Y. Tools for monitoring the effectiveness of district maternity referral systems. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:353–361.
11. de Bernis L, Dumont A, Bouillin D, Gueye A, Dompnier JP, Bouvier-Colle MH. Maternal morbidity and mortality in two different populations of Senegal: a prospective study (MOMA survey). *BJOG*, 2000, 107:68–74.
12. Magpie Trial Collaborative Group. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 2002, 359:1877–1890.
13. Fraser S, Watson R. Bleeding during the latter half of pregnancy. In: Chalmers I, Enkin M., Keirse MJNC, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, Oxford University Press, 1989.
14. Steketee RW, Nahlen BL, Parise ME, Menendez C. The burden of malaria in pregnancy in malaria-endemic areas. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, 64(1–2 Suppl.):28–35.
15. Murphy SC, Breman JG. Gaps in the childhood malaria burden in Africa: cerebral malaria, neurological sequelae, anemia, respiratory distress, hypoglycemia, and complications of pregnancy. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, 64(1–2 Suppl.): 57–67.
16. Schellenberg D, Menendez C, Kahigwa E, Font F, Galindo C, Acosta C et al. African children with malaria in an area of intense Plasmodium falciparum transmission: features on admission to the hospital and risk factors for death. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1999, 61:431–438.
17. Bojang KA, Van Hensbroek MB, Palmer A, Banya WA, Jaffar S, Greenwood BM. Predictors of mortality in Gambian children with severe malaria anaemia. *Annals of Tropical Paediatrics*, 1997, 17:355–359.
18. Newton CR, Warn PA, Winstanley PA, Peshu N, Snow RW, Pasvol G et al. Severe anaemia in children living in a malaria endemic area of Kenya. *Tropical Medicine and International Health*, 1997, 2:165–178.
19. Slutsker L, Taylor TE, Wirima JJ, Steketee RW. In-hospital morbidity and mortality due to malaria-associated severe anaemia in two areas of Malawi with differ-

ent patterns of malaria infection. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1994, 88:548–551.

20. Biemba G, Dolmans D, Thuma PE, Weiss G, Gordeuk VR. Severe anaemia in Zambian children with Plasmodium falciparum malaria. *Tropical Medicine and International Health*, 2000, 5:9–16.
21. Lackritz EM, Campbell CC, Ruebush TK, 2nd, Hightower AW, Wakube W, Steketee RW et al. Effect of blood transfusion on survival among children in a Kenyan hospital. *Lancet*, 1992, 340:524–528.
22. Marsh K, Forster D, Waruiru C, Mwangi I, Winstanley M, Marsh V et al. Indicators of life-threatening malaria in African children. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:1399–1404.
23. *Antimalarial drug combination therapy. Report of a WHO Technical Consultation.* Geneva, World Health Organization, 2001
24. ter Kuile FO, Terlouw DJ, Phillips-Howard PA, Hawley WA, Friedman JF, Kariuki SK et al. Reduction of malaria during pregnancy by permethrin-treated bed nets in an area of intense perennial malaria transmission in western Kenya. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2003, 68(4 Suppl.):50–60.
25. Lengeler C. Insecticide-treated bednets and curtains for preventing malaria (Cochrane Review). Oxford, Cochrane Library – Update Software, 2002.
26. ter Kuile FO, Terlouw DJ, Kariuki SK, Phillips-Howard PA, Mirel LB, Hawley WA et al. Impact of permethrin-treated bed nets on malaria, anemia, and growth in infants in an area of intense perennial malaria transmission in western Kenya. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2003, 68(4 Suppl.):68–77.
27. Wiseman V, Hawley WA, ter Kuile FO, Phillips-Howard PA, Vulule JM, Nahlen BL et al. The cost-effectiveness of permethrin-treated bed nets in an area of intense malaria transmission in western Kenya. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2003, 68(4 Suppl.):161–167.
28. Shulman CE, Dorman EK, Cutts F, Kawuondo K, Bulmer JN, Misore A et al. Intermittent sulphadoxine-pyrimethamine to prevent severe anaemia secondary to malaria in pregnancy: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 1999, 353:632–636.
29. Rogerson SJ, Chaluluka E, Kanjala M, Mkundika P, Mhango C, Molyneux ME. Intermittent sulfadoxine-pyrimethamine in pregnancy: effectiveness against malaria morbidity in Blantyre, Malawi, in 1997–99. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2000, 94:549–553.
30. Parise ME, Ayisi JG, Nahlen BL, Schultz LJ, Roberts JM, Misore A et al. Efficacy of sulfadoxine-pyrimethamine for prevention of placental malaria in an area of Kenya with a high prevalence of malaria and human immunodeficiency virus infection. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1998, 59:813–822.
31. Goodman CA, Coleman PG, Mills A. Cost-effectiveness of malaria control in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 1999, 354:378–385.
32. Schellenberg D, Menendez C, Kahigwa E, Aponte J, Vidal J, Tanner M et al. Intermittent treatment for malaria and anaemia control at time of routine vaccinations in Tanzanian infants: a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet*, 2001, 357:1471–1477.
33. Massaga JJ, Kitua AY, Lemnge MM, Akida JA, Malle LN, Ronn AM et al. Effect of intermittent treatment with amodiaquine on anaemia and malarial fevers in infants in Tanzania: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 2003, 361:1853–1860.
34. Ekvall H, Premji Z, Bjorkman A. Chloroquine treatment for uncomplicated childhood malaria in an area with drug resistance: early treatment failure aggravates anaemia. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medecine and Hygiene*, 1998, 92:556–560.
35. Murray C. *The global burden of disease*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1996.

36. UNICEF/UNU/WHO. *Iron deficiency anemia: assessment, prevention, and control*. Geneva, World Health Organization, 2001.
37. V an den Broek NR, White SA, Neilson JP. The relationship between asymptomatic human immunodeficiency virus infection and the prevalence and severity of anemia in pregnant Malawian women. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*,1998, 59:1004– 1007.
38. Rush D. Nutrition and maternal mortality in the developing world. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 72(Suppl.):212S–240S.
39. *Surgical care at the district hospital*. Geneva, World Health Organization, 2003.
40. Schorr TO, Hediger M. Anemia and iron-deficiency anemia: compilation of data on pregnancy outcome. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1994, 59(Suppl.):492S–501S.
41. McDermott JM, Slutsker L, Steketee RW, Wirima JJ, Breman JG, Heymann DL. Prospective assessment of mortality among a cohort of pregnant women in rural Malawi. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1996, 55(1 Suppl-):66–70.
42. *Pregnancy, childbirth, postpartum, and newborn care (PCPNC). A guide for essential practice*. Geneva, World Health Organization, 2004.
43. *Managing complications in pregnancy and childbirth*. Geneva, World Health Organization, 2003.
44. *Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses, and midwives*. Geneva, World Health Organization, 2003.
45. Morin KH. Perinatal outcomes of obese women: a review of the literature. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 1998, 27:431–440.
46. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 1987, 150:662–673.
47. Cox, JL. Psychiatric morbidity and pregnancy: a controlled study of 263 semi-rural Ugandan women. *British Journal of Psychiatry*, 1979, 134, 401–405.
48. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 2001, 323:257–260.
49. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2001, 80:251–255.
50. Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1989, 160(5 Pt. 1):1107–1111.
51. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders*, 2000, 59:31–40.
52. DiFranza JR, Aligne CA, Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics*, 2004, 113(4 Suppl.):1007–1015.
53. Campbell J, Garcia-Moreno C and Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*, 2004, 10: 770–789.
54. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
55. Guezmes A, Palomino N. and Ramos M. *Violencia sexual y fнsica contra las mujeres en el Peгь: estudio multi сйntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres, OMS [Sexual and physical violence against women in Peru: WHO multicentre study on violence inflicted by partners and women's health]*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002
56. Ganatra BR, Coyaji KJ, Rao VN. Too far, too little, too late: a community-based case control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 76:591–598.
57. Covington DL, Hage M, Hall T, Mathis M. Preterm delivery and the severity of violence during pregnancy. *Journal of Reproductive Medicine*, 2001, 46:1031–1039.

58. Valladares E, Ellsberg M, Pena R, Hogberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 100:700–705.
59. Huth-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA. The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. *Violence and Victims*, 2002, 17:169–185.
60. Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J. Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2004, 83:455–460.
61. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359: 1331–1336.
62. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics & Gynecology*, 1994, 84:323–328.
63. Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel Arcas C, Garcia-Moreno C. *Violence against women: the health sector responds*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2003.
64. Glasier AF, Logan J, McGlew TJ. Who gives advice about postpartum contraception? *Contraception*, 1996, 53:217–220.
65. Ozvaris S, Akin A, Yildiran M. Acceptability of postpartum contraception in Turkey. *Advances in Contraceptive Delivery Systems*, 1997, 13:63–71.
66. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 3. Chichester, John Wiley & Sons, 2004
67. *WHO Antenatal Care Randomized Trial: manual for for the implementation of the new model*. Geneva, World Health Organization, 2002.
68. Whitford HM, Hillan EM. Women's perceptions of birth plans. *Midwifery*, 1998, 14:248–253.
69. Moore M, Hopper U. Do birth plans empower women? Evaluation of a hospital birth plan. *Birth*, 1995, 22:29–36.
70. Moore, M. Safer motherhood 2000: toward a framework for behavior change to reduce maternal deaths. *The Communication Initiative*, 2000 (http://www.comminit.com/strategicthinking/st2001/thinking-467.html, accessed 13 January 2005).
71. Pasinlioglu T. Health education for pregnant women: the role of background characteristics. *Patient Education and Counseling*, 2004, 53:101–106.
72. Zuniga de Nuncio ML, Nader PR, Sawyer MH, De Guire M, Prislin R, Elder JP. A prenatal intervention study to improve timeliness of immunization initiation in Latino infants. *Journal of Community Health*, 2003, 28:151–165.
73. Oakley A. *The captured womb. A history of the medical care of pregnant women*. Oxford, Basil Blackwell, 1986.
74. Villar J, Bergsjo P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies, and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 1997, 76:1–14.
75. Altman D, Hytten F. Assessment of fetal size and fetal growth. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, Oxford University Press, 2004:411–418.
76. Fathalla M. Preface. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 1988, 12(Suppl. 2):vii–viii.
77. Adetunji JA *Unintended childbearing in developing countries: levels, trends and determinants*. Calverton, MD, Macro International, 1998 (Demographic and Health Surveys Analytical Report, No. 8).
78. *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*. New York, NY, Alan Guttmacher Institute, 1999.
79. *World contraceptive use 2001*. New York, NY, United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2002.

80. *World contraceptive use 2003*. New York, NY, United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2003.
81. *World population prospects, 2002 revision*. New York, NY, United Nations Development Programme, 2002.
82. Ross JA, Winfrey WL. Unmet need for contraception in the developing world and the former Soviet Union. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:138–143.
83. Westoff CF. *Unmet need at the end of the century*. Calverton, MD, ORC Macro, 2001 (DHS Comparative Reports, No. 1).
84. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
85. Bott S. Unwanted pregnancy and induced abortion among adolescents in developing countries: results of WHO case studies. In: Puri CP, Van Look PFA, eds. *Sexual and reproductive health: recent advances, future directions*. New Delhi, New Age International Limited, 2001:351–366.
86. Ganju D, Finger W, Jejeebhoy S, Nidadavoluand V, Santhya KG, Shah I et al. *The adverse health and social outcomes of sexual coercion: experiences of young women in developing countries*. New Delhi, Population Council, 2004.
87. Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno C. Sexual violence. In: Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
88. Glander A, Moore M, Michielutte R, Parsons L. The prevalence of domestic violence among women seeking abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 1998, 91:1002–1006.
89. Allanson S, Astbury J. Attachment style and broken attachments: violence, pregnancy and abortion. *Australian Journal of Psychology*, 2001, 53:146–151.
90. Marston C, Cleland JC. Do unintended pregnancies carried to term lead to adverse outcomes for mother and child? An assessment in five developing countries, *Population Studies*, 2003, 57:77–93.
91. Collumbien M, Gerressu M, Cleland J, Non-use and use of effective methods of contraception. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*, Vol 2. Geneva, World Health Organization, 2004.
92. Setty-Venugopal V, Upadhyay UD. *Birth spacing: three to five saves lives* (Population Reports, Series L, Number 13). Baltimore, MD, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, 2002.
93. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2004.
94. *The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group*. Geneva, World Health Organization, 1992.
95. Van Lerberghe W. *Safer motherhood in Cambodia. Health sector support programme*. London, Cambodia JSI, DFID Resource Centre for Sexual and Reproductive Health, 2001.
96. AbouZahr C, Ehman E. Unsafe abortion and ectopic pregnancy. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1998.
97. Huntington D, Nawar L, Abdel-Hady D. Women's perceptions of abortion in Egypt. *Reproductive Health Matters*, 1997, 9:101–107.
98. *Priority ranking of diseases based on scoring system*. Yangon, Department of Health, Ministry of Health, 1993.
99. Murray SF, Davies S, Phiri RK, Ahmed Y. Tools for monitoring the effectiveness of district maternity referral systems. *Health Policy and Planning*. 2001;16(4):353–361.

100. Mpangile GS, Leshabari MT, Kihwele DJ. Induced abortion in Dar es Salaam. In: Mundigo AI, Indriso C, eds. *Abortion in the developing world*. New Delhi, Vistaar Publications for the World Health Organization, 1999:387–406.
101. *ICPD + 5: Key actions for the further implementation of the programme of action* (http://www.un.org/esa/population/publications/POPaspects/ICPD+5%20Key%20Actions.pdf, accessed 13 January 2005). Версия на русском языке: http://www.un.org/russian/documen/gadocs/21spec/ rs21-2.pdf (Доступ 16.04.2005)
102. Mundigo AI, Indriso C, eds. *Abortion in the developing world*. New Delhi, Vistaar Publications for the World Health Organization, 1999.
103. Vekemans M, Hurwitz M. Access to safe abortion services to the fullest extent permitted by law. *IPPF Medical Bulletin*, 2004, 38.
104. *World abortion policies 1999*. New York, NY, United Nations Populations Division, 1999.
105. Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*, 10:770–789, 2004.
106. International Labour Organization. *Maternity Protection Convention, 2000* (http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C183, accessed 13 January 2005).

J. Littlewood/WHO

глава четвертая

# оказание помощи при родах 136 миллионам женщин ежегодно

**Роды могут быть крайне опасным моментом в жизни как матери, так и ребенка. В этой главе рассмотрены основные осложнения родов, которые ежегодно уносят около 529 000 материнских жизней – почти все из них в развивающихся странах. Большей части смертельных исходов и случаев инвалидности, обусловленных родами, можно было бы избежать с помощью хорошо известных медицинских вмешательств. Безотлагательная и эффективная медицинская помощь в течение родов и сразу после них может быть вопросом жизни и смерти для женщины и ее новорожденного ребенка. Квалифицированная медицинская помощь во время и после родов необходима каждой матери и каждому новорожденному. Эта помощь должна быть максимально приближена к месту жительства людей и не противоречить их культурным нормам и традициям, но при этом быть безопасной и обеспечивать возможность немедленного вмешательства квалифицированного медицинского работника в случае осложнений, которые зачастую развиваются непредвиденно. Основная проблема, таким образом, носит не технологический, а стратегический и организационный характер.**

## РИСКУЯ ЖИЗНЬЮ, ЧТОБЫ ДАТЬ ЖИЗНЬ

Каждая рожавшая женщина подтвердит, что роды — это поворотное событие в жизни. Для многих роды связаны, главным образом, с радостными переживаниями, однако они могут также быть источником значительных трудностей и страданий. В наиболее трагичных случаях они могут даже повлечь смерть матери или ребенка, или их обоих. Но смертельные исходы от родов — это только верхушка айсберга. Многие нарушения здоровья, как матери, так и ребенка возникают в критические часы родов. Еще большее их число может развиваться в первые дни и недели после родоразрешения. Расстройства здоровья, связанные с родами, составляют существенную долю в суммарном мировом бремени болезней и смерти *(1)*. Бо́льшую часть случаев смерти и инвалидности, обусловленных родами, можно было бы предотвра-

тить с помощью давно известных медицинских мер. Основная остающаяся нерешенной проблема носит, таким образом, не технологический, а стратегический и организационный характер.

По оценочным данным, глобальный уровень материнской смертности в настоящее время составляет около 529 000 случаев смерти в год *(2)*, что соответствует 400 случаев смерти матерей на каждые 100 000 живорождений. Когда не предпринимают никаких мер для предотвращения материнской смертности, ее «естественный» уровень составляет 1000–1500 на 100 000 родов: такова оценка, основанная на изучении исторических данных и современных религиозных групп, которые не разрешают медикам вмешиваться в процесс родов *(3)*. Если бы «естественный» уровень материнской смертности сохранялся сегодня по всему миру (например, если перестали бы функционировать службы здравоохранения), ежегодное число смертельных исходов среди матерей составило бы свыше двух миллионов, превысив в четыре раза показатели, регистрируемые в настоящее время. Фактически три четверти из общего потенциального числа таких смертей в мире удается предотвратить: почти всю «естественную» смертность — в развитых странах, однако лишь две трети — в регионах Юго-Восточной Азии и Восточного Средиземноморья и лишь одну треть — в странах Африки.

Имеются значительные различия в уровнях материнской смертности между разными регионами мира. Значения этого показателя распределены даже еще более неравномерно, чем уровни неонатальной или детской смертности. На развитые страны приходится ничтожный 1% материнской смертности. Разброс значений составляет от 830 на 100 000 родов в африканских странах до 24 на 100 000 в Европе. Из 20 стран с наиболее высокими показателями материнской смертности 19 находятся в странах Африки к югу от Сахары. Усредненные показатели по регионам ВОЗ маскируют значительные различия, существующие между отдельными странами. В регионах, характеризующихся в целом низким уровнем материнской смертности (например, в Европе), имеются страны с весьма высоким значением этого показателя. В пределах одной страны могут наблюдаться резкие различия между отдельными группами населения. Смертность среди сельского населения выше, чем в городах, ее уровни могут существенно варьировать в зависимости от этнической принадлежности и материальной обеспеченности, значительные уровни смертности характерны для удаленных и труднодоступных районов.

Материнская смертность включает смертельные исходы, связанные с осложнениями беременности и родов, регистрируемые в течение всего периода беременности, во время родов и в послеродовом периоде (вплоть до 42-го дня после родоразрешения). Смертельные осложнения часто развиваются внезапно и непредсказуемо. От 11% до 17% случаев материнской смертности возникают во время родов и 71% — в послеродовом пери-

## Рис. 4.1 Причины материнской смертности[a]

[a] Сумма составляет больше 100% в результате округления

оде *(4–8)*. Тот факт, что период собственно родов несет значительную долю риска и смертность в послеродовом периоде, также во многом зависит от развития событий во время родов, заставляет особенно внимательно относиться к напряженным часам, а иногда дням, в течение которых длятся роды — отрезку времени, когда радостное событие может внезапно перерасти в критическую ситуацию. Несмотря на тяжелое бремя смертности, приходящейся на послеродовой период, ему зачастую уделяют недостаточное внимание *(4, 9)*. Наибольший риск характерен для первой недели после родоразрешения. Около 45% послеродовой материнской смертности приходится на первые 24 часа и более двух третей — на первую неделю после родов *(4)*. Глобальное бремя послеродовой материнской смертности сочетается с весьма значительными, но часто остающимися без внимания уровнями ранней неонатальной смертности и мертворождаемости.

Материнская смертность зависит от разнообразных прямых (непосредственных) и косвенных причин. Косвенными причинами обусловлено 20% случаев материнской смертности. Речь идет о различных заболеваниях, как предсуществующих, так и возникших во время беременности, которые не являются собственно ее осложнениями, однако либо отягчают развитие беременности, либо сами обостряются под ее влиянием. К таким видам патологии относятся малярия, анемия, ВИЧ/СПИД и сердечно-сосудистые расстройства. Их значение в материнской смертности варьирует по странам в зависимости от эпидемиологических характеристик и эффективности системы здравоохранения *(10)*.

Преобладающая доля материнской смертности обусловлена прямыми причинами. В их число входят осложнения беременности и родов, ими могут стать также любые действия или бездействие медицинских работников, неправильное лечение и другие последствия этих осложнений, включая осложнения искусственного (небезопасного) аборта. Четыре важнейших прямых причины — это кровотечение, инфекция, эклампсия и затрудненные роды (см. рис. 4.1). Уровни материнской смертности зависят от того, насколько адекватно и своевременно проводится лечение этих осложнений *(10)*.

Наиболее частой причиной материнской смертности как в развивающихся, так и в развитых странах, является тяжелое кровотечение *(11, 12)*. Послеродовое кровотечение при отсутствии адекватной помощи может в течение двух часов привести к смерти даже при отсутствии каких-либо сопутствующих заболеваний. Кровотечение убивает быстрее, чем любое другое осложнение. Весьма эффек-

## Таблица 4.1 Частота возникновения наиболее серьезных осложнений во время родов (на глобальном уровне)

| Осложнение | Частота (% от числа живорождений) | Ежегодное число случаев | Показатель летальности (%) | Число случаев материнской смертности в 2000 г. | Наиболее серьезные последствия для выживших | Потеря DALY (в тысячах) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Послеродовое кровотечение | 10,5 | 13 795 000 | 1 | 132 000 | Тяжелая степень анемии | 4 418 |
| Сепсис | 4,4 | 5 768 000 | 1,3 | 79 000 | Бесплодие | 6 901 |
| Преэклампсия и эклампсия | 3,2 | 4 152 000 | 1,7 | 63 000 | Недостаточно изучены | 2 231 |
| Затрудненные роды | 4,6 | 6 038 000 | 0,7 | 42 000 | Акушерские свищи, недержание мочи или кала | 2 951 |

Источник: *(12)*.

тивной мерой снижения риска кровотечения является инъекция окситоцина непосредственно после родоразрешения. В ряде случаев проблему может решить весьма несложное, но экстренное вмешательство — ручное отделение последа. В других ситуациях может понадобиться хирургическая операция или переливание крови — в обоих случаях необходима госпитализация, наличие соответствующего медицинского персонала, оснащения и расходных материалов. Доля случаев, требующих направления в больницу, в определенной мере зависит от качества оказания помощи на первичном этапе. Так, например, активное ведение третьего периода родов снижает риск послеродового кровотечения. Частота смертельных исходов зависит от того, насколько быстро может быть оказана адекватная помощь. Остроту проблемы послеродового кровотечения можно уменьшить путем реализации потенциальных возможностей препарата мизопростила. Мизопростил менее эффективен, чем окситоцин, но он дешевле, его легче хранить, и он не требует инъекционного введения. В связи с этим мизопростил можно использовать и при отсутствии профессиональной медицинской помощи в родах. Если результаты дальнейших исследований продемонстрируют его эффективность в тех многочисленных ситуациях, когда нельзя применить окситоцин, то появится возможность с помощью мизопростила спасти множество жизней и снизить заболеваемость анемией, развившейся в результате послеродовых кровотечений — в настоящее время 1,6 млн. случаев ежегодно.

Вторая по частоте причина материнской смертности — это сепсис, обусловливающий бóльшую часть случаев смерти в позднем послеродовом периоде. В XIX веке послеродовой сепсис имел эпидемические масштабы — особенно в родовспомогательных учреждениях. Появление методов асептики привело к резкому снижению значимости этой проблемы в развитых странах *(13)*. Однако во многих развивающихся странах сепсис все еще представляет значительную угрозу. Каждый 20-й случай родов осложняется инфекцией, требующей безотлагательного лечения во избежание смертельного исхода или тяжелых отдаленных последствий *(14)*. Послеродовой сепсис является причиной 450 000 ежегодно возникающих случаев окклюзии маточных труб и бесплодия.

Причиной 12% случаев материнской смертности являются гипертензивные расстройства во время беременности (преэклампсия и эклампсия), характеризующиеся повышением артериального давления и развитием судорог. Они, как правило, возникают во время беременности, но в ряде случаев — во время родов *(15)*. При легкой степени преэклампсии бывает достаточно амбулаторного наблюдения, однако при переходе в тяжелую степень или развитии эклампсии необходимо оказание помощи в условиях стационара.

Частота затрудненных родов вследствие несоответствия размеров головки плода и материнского таза либо вследствие неправильного положения или предлежания плода во время родов подвержена значительным колебаниям: от всего 1% в одних группах населения — до 20% в других. На этот тип осложнений приходится около 8% глобальной материнской смертности. Затрудненные роды могут приводить к мертворождению, асфиксии плода и новорожденного, церебральной родовой травме, а также к смерти ребенка вскоре после рождения. Опытные акушерки во многих случаях могут принять необходимые меры, чтобы не допустить развития затрудненных родов или вовремя выявить признаки затянувшихся родов и направить роженицу на кесарево сечение либо инструментальное родоразрешение. Затрудненные роды при запоздалом или неадекватном оказании помощи могут быть причиной серьезных стойких нарушений здоровья как матери, так и ребенка *(12)*. Для матери наиболее неприятным потенциальным хроническим осложнением затрудненных родов являются акушерские свищи (см. вставку 4.1).

Из 136 млн. ежегодно рожающих женщин около 20 млн. страдают в послеродовом периоде различными заболеваниями, связанными с беременностью *(30)*. Перечень возможных расстройств весьма разнообразен, от повышения

температуры тела до психотических состояний. Соответственно варьирует и объем необходимой в этих случаях медицинской помощи. У женщин, перенесших наиболее тяжелые, угрожающие жизни осложнения во время родов, процесс восстановления нарушенных функций внутренних органов, заживления разрывов матки, свищей и компенсации других серьезных расстройств может протекать медленно, болезненно и оставить стойкие последствия. Достаточно часто наблюдаются и другие, не опасные для жизни заболевания. Например, в Индии 23% женщин сообщают о наличии у них различных нарушений здоровья в течение первых месяцев после родов *(31)*. Некоторые из возникающих расстройств являются преходящими, однако другие приобретают хронический характер. Они включают недержание мочи, выпадение матки, болевой синдром как следствие неправильно произведенного ушивания эпизиотомических разрезов и разрывов промежности, нарушения питания, мастит, а также депрессию и послеродовой психоз *(32)* (см. вставку 4.2). Об этой группе нарушений здоровья известно даже меньше, чем о материнской смертности. Их трудно оценить количественно в связи с проблемой клинических определений и неадекватной регистрацией случаев *(33)*. Получение более надежной информации обо всем спектре данной патологии было бы важным шагом в сторону улучшения планирования служб здравоохранения и совершенствования оказания медицинской помощи при беременности и родах.

## КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ: ВО ВРЕМЯ РОДОВ И В ПОСЛЕДУЮЩЕМ

От своевременной и эффективной медицинской помощи во время и после родов может зависеть жизнь и матери, и ее ребенка, поскольку осложнения час-

### Вставка 4.1 Проблема акушерских свищей: вернуть достойную жизнь

Акушерский свищ — это крайне неприятное травматическое осложнение затянувшихся или затрудненных родов (как правило, закончившихся мертворождением), которым, тем не менее, часто пренебрегают. Травматизация стенки влагалища приводит к возникновению его свищевого соединения с мочевым пузырем, прямой кишкой или с обоими этими органами. В результате женщина страдает от постоянного выделения мочи и/или кала из влагалища *(16)*. При отсутствии хирургического лечения развиваются самые неблагоприятные последствия: недержание мочи или кала, постоянный неприятный запах, частые инфекции в области малого таза и/или мочевых путей, болевой синдром, бесплодие и нередко преждевременная смертность *(16–18)*. Социальные последствия — не менее разрушительные: женщины, страдающими свищами, подвергаются социальной изоляции, их часто оставляют мужья, их чуждаются семья и местная община. Они нередко впадают в нищету и вынуждены напрягать все силы, чтобы выжить *(19, 20)*. В довершение всего, многие женщины настолько удручены своим состоянием, что они стесняются обращаться за помощью даже тогда, когда она возможна, и предпочитают мучиться в одиночестве.

В мире от этого тяжелого осложнения страдают более двух миллионов женщин *(21)*. Ежегодно возникает от 50 000 до 100 000 новых случаев *(22)*, и эти цифры, возможно, занижены *(23, 24)*. Как правило — это молодые женщины и подростки. Основными предрасполагающими факторами являются раннее вступление в брак, ранние и повторные беременности на фоне бедности и отсутствия доступа к высококачественной медицинской помощи во время беременности и родов *(25)*. Частое возникновение свищей характерно для регионов с ограниченным доступом к помощи в родах или с ее низким качеством — в основном, в странах Африки к югу от Сахары и в отдельных районах южной Азии *(26)*. Там, где свищи наблюдаются наиболее часто, обычно лишь в немногих больницах проводятся необходимые реконструктивные операции, поскольку этот вид лечения не является прибыльным и поскольку хирурги и средний медицинский персонал нередко не имеют достаточной квалификации для его проведения. В 2003 г. Фонд народонаселения ООН совместно с ВОЗ и другими партнерами начал осуществление Всемирной кампании за ликвидацию акушерских свищей *(27)*.

Залогом профилактики свищей является высококачественная помощь при родах, оказываемая на первом и, при необходимости, последующих уровнях. Но если свищ все же возник — это вполне излечимое состояние *(28)*. Тяжелая участь женщин, страдающих от свищей, должна постоянно напоминать о том, что нельзя формировать политику, рассчитанную лишь на предупреждение материнской смертности. Руководителям и специалистам следует осознавать актуальность данной проблемы и учитывать, что страдающие от свищей женщины нуждаются в поддержке в плане доступа к лечению, что необходимо иметь достаточное число обученных врачей и медсестер для проведения реконструктивных операций и что необходимо оказание дальнейшей помощи женщинам, возвращающимся домой после хирургического лечения. Коллективными усилиями можно решить проблему акушерских свищей и обеспечить оказание адекватной лечебной помощи женщинам, страдающим от этого тяжелого недуга, чтобы вернуть им достойную жизнь *(29)*.

то возникают непредсказуемо и могут стремительно развиться в состояния, грозящие смертельным исходом *(34, 35)*. И материнская, и неонатальная смертность находятся на более низком уровне в тех странах, где женщинам оказывают помощь в родах квалифицированные медицинские работники, имеющие в своем распоряжении оборудование, препараты и другие средства, необходимые для эффективного и своевременного лечения осложнений *(10, 34)*. История успехов и неудач в борьбе с материнской смертностью (в том числе и в индустриально развитых странах) свидетельствует о том, что эта связь не является лишь игрой статистики *(3, 36)*. Ухудшение показателей материнской и неонатальной смертности в странах, переживших коллапс систем здравоохранения, служит подтверждением тому, что от оказания помощи действительно многое зависит.

## Победы и отступления: вопрос развития систем здравоохранения

В начале XX столетия индустриальные страны снизили вдвое свои показатели материнской смертности путем обеспечения населения услугами акушерок, оказывающих профессиональную медицинскую помощь в родах. Дальнейшее снижение до современного, самого низкого уровня за всю историю развития, было обусловлено улучшением доступа к стационарной помощи в период после окончания Второй мировой войны *(37)*. Значительное число развивающихся стран прошло тот же путь в течение нескольких последних десятилетий *(3)*.

## Вставка 4.2 Депрессия, связанная с беременностью, наносит вред как матери, так и ребенку

Депрессивные и тревожные расстройства наблюдается у женщин в два-три раза чаще, чем у мужчин. Риск еще более повышается во время беременности и в период ухода за маленьким ребенком. Случаи депрессии во время беременности и в течение первого года после родов отмечаются повсеместно. Уровень заболеваемости колеблется в значительных пределах: для развитых стран он составляет, в среднем, 10-15%. В противоположность ранее существовавшему мнению, в развивающихся странах частота этих нарушений еще выше. Они составляют существенную долю материнской заболеваемости и причин смертности. В развивающихся странах частота парасуицидальных проявлений (мысли о самоубийстве или реальное нанесение самоповреждений) среди матерей достигает 20%. Это ассоциируется с неразрешимыми тяжелыми ситуациями, в которых оказываются женщины (например, при нежелательной беременности, особенно у молодых одиноких женщин), с вынужденной миграцией на положении беженцев или с состоянием крайней бедности. Самоубийство является ведущей причиной материнской смертности в настолько различных странах, как Соединенное Королевство и Вьетнам.

Развитию депрессии во время беременности и после родов способствуют многочисленные факторы, в том числе:

- нежелательная беременность;
- плохие взаимоотношения с партнером, включая его отсутствие во время родов, недостаточное оказание практической или психологической поддержки, незначительное участие в уходе за ребенком, проявления безоговорочной требовательности в вопросах секса, а также различные формы принуждения или насилия;
- отсутствие практической и психологической поддержки или упреки со стороны матери или свекрови;
- недостаточная социальная поддержка, включая отсутствие связи с другими матерями и сверстницами, отсутствие близких друзей и возможностей получения помощи в критической ситуации;
- бедность и другие неблагоприятные социальные обстоятельства, включая стесненные жилищные условия и отсутствие работы по найму;
- наличие в прошлом эпизодов депрессии или госпитализации в психиатрический стационар;
- наличие хронических соматических заболеваний;
- произошедшие трагические события в жизни, например смерть партнера.

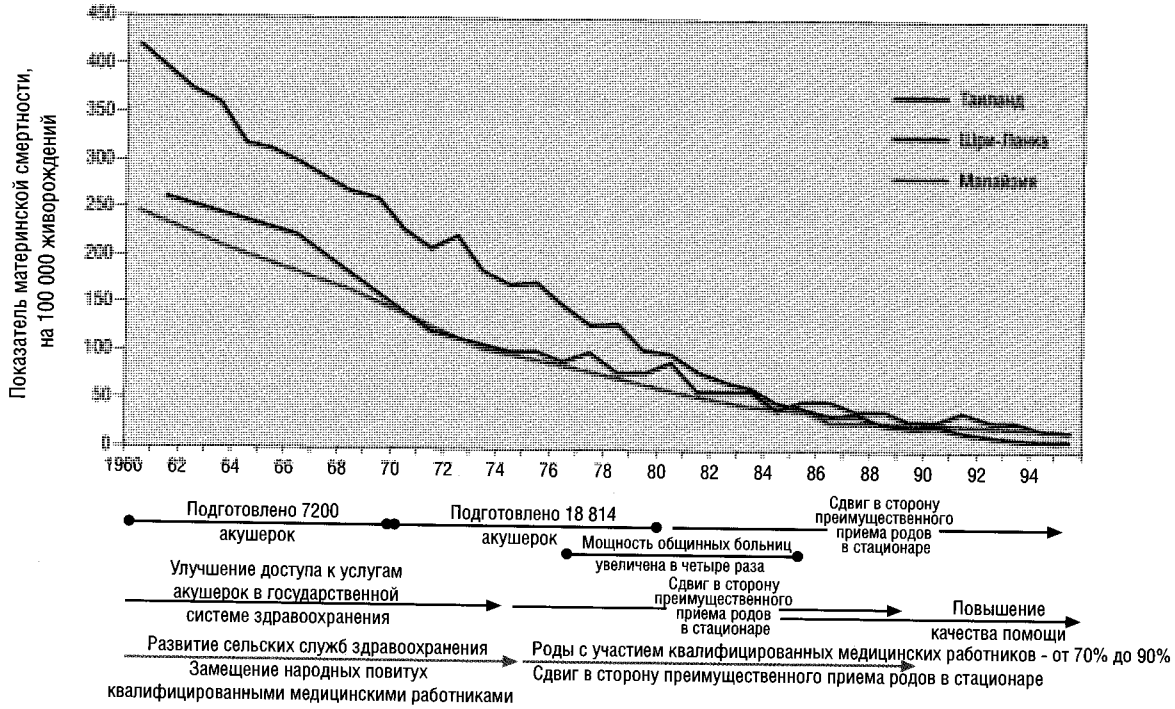
Материнская депрессия чревата серьезными соматическими и психологическими последствиями для ребенка. Независимо от прочих факторов риска, для детей, матери которых страдают депрессией (особенно при наличии неблагоприятных социальных условий), характерны значительное снижение массы тела при рождении, двухкратное повышение риска недостаточного прироста массы тела к шестимесячному возрасту и трехкратное повышение риска задержки роста в том же возрастном периоде, существенное замедление развития когнитивных функций, более высокая частота антисоциального поведения, гиперактивности и нарушений концентрации внимания, а также более частое возникновение эмоциональных расстройств.

Существуют эффективные методы психотерапии и фармакологического лечения депрессии. В индустриально развитых странах такую помощь получают менее половины из числа матерей, которым она могла бы принести пользу. Ситуация значительно хуже в развивающихся странах, где возможность воспользоваться помощью существует лишь для 5% женщин. Важно, чтобы данная проблема учитывалась при разработке программ охраны здоровья матери, ребенка и новорожденного, которые предусматривали бы оказание поддержки и проведение обучения медицинских работников по вопросам распознавания депрессии у матерей, и их обследования и лечения.

Один из наиболее ранних и хорошо документированных примеров представляет Шри-Ланка, где уровень материнской смертности, усугубленной вследствие малярии, в первой половине XX века значительно превышал 1500 на 100 000 родов — несмотря на 20-летнюю историю оказания антенатальной помощи. В этот период в стране уже появились профессиональные акушерки, но доступ к их услугам оставался ограниченным. Начиная приблизительно с 1947 г., по мере улучшения доступа и развития сети медицинских учреждений в стране, показатели смертности начали уменьшаться *(38)*. К 1975 г. уровень материнской смертности снизился до 80 –100 на 100 000 родов. Судя по статистическим данным министерства здравоохранения, в результате совершенствования управления и повышения качества оказываемой помощи в течение 1990-х годов удалось добиться дальнейшего уменьшения смертности до 30 и ниже *(36)*.

Другим примером страны, уже очень давно (с 1923 г.) имеющей профессиональных акушерок, является Малайзия. Материнская смертность была снижена с более 500 на 100 000 родов в начале 1950-х годов до около 250 в 1960 г. В последующем наблюдалось постепенное дальнейшее повышение уровня выживаемости матерей и новорожденных благодаря внедрению программы охраны здоровья матери и ребенка. Была введена окружная система здравоохранения и улучшено оказание акушерской помощи за счет создания сети «родовспомогательных центров низкого риска» с возможностью в случае необходимости направления для оказания высококачественной помощи в учреждение более высокого уровня. Вся эта деятельность осуществлялась по инициативе государственных органов и в условиях тщательного и постоянного контроля качества. В результате, приблизительно к 1975 г. материнская смертность упала ниже 100 на 100 000, а к 1980-м годам — ниже 50 на 100 000 *(36, 39, 40)*.

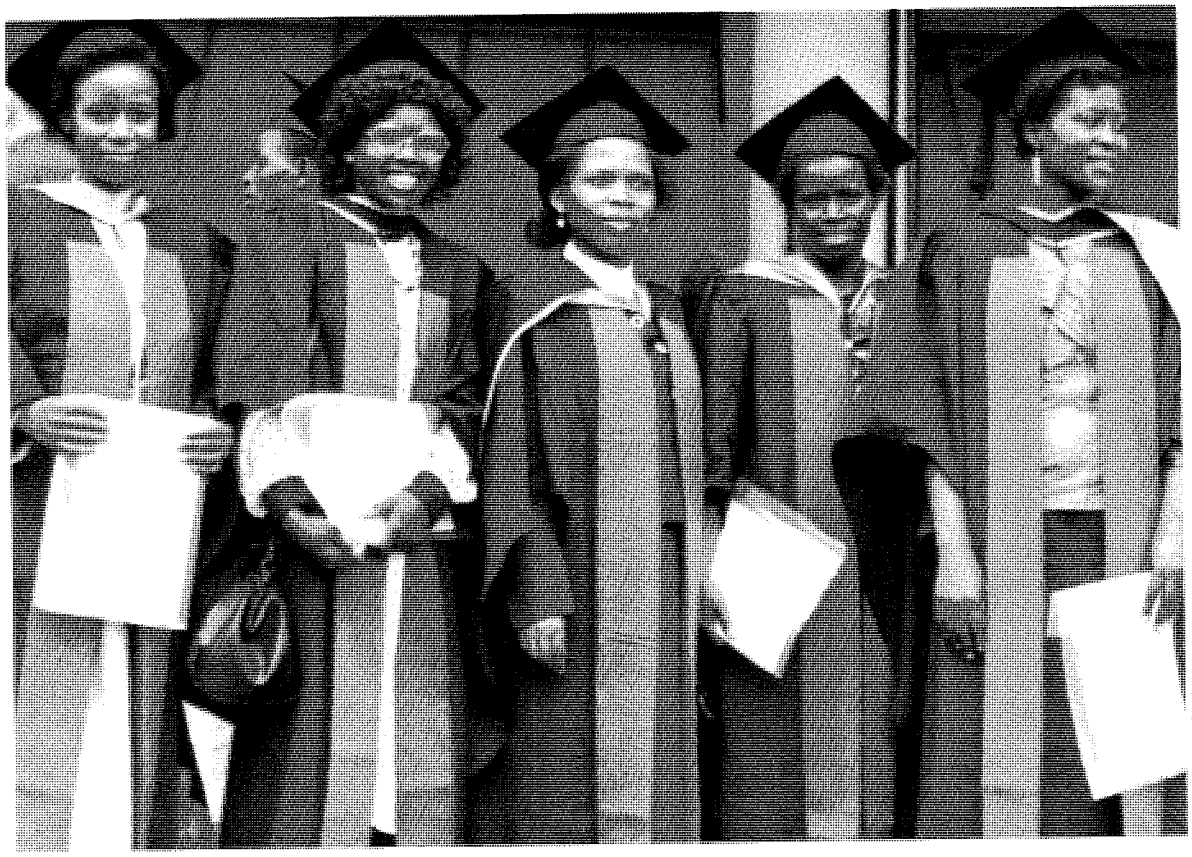
Рис. 4.2 Динамика материнской смертности с 1960-х годов в Малайзии, Таиланде и Шри-Ланке




Источник: *(3)*.

В Таиланде до 1960-х годов уровень материнской смертности значительно превышал 400 на 100 000 (такие цифры в США отмечались в 1939 г., а в Соединенном Королевстве — в 1900 г.). В период 1960-х годов народных повитух постепенно сменили квалифицированные сельские акушерки, из которых 7191 получили диплом в течение последних 10 лет. В результате смертность снизилась до 200–250 на 100 000 родов. В 1970-е годы было подготовлено уже 18 314 акушерок. Они часто становились престижными фигурами на селе и могли гордиться своим профессиональным и социальным статусом. Смертность неуклонно падала и к 1980-м годам снизилась до уровня, регистрируемого в Шри-Ланке. После этого основные усилия были направлены на укрепление и оснащение окружных больниц. В течение 10 лет, с 1977 г. по 1987 г., коечный фонд небольших общинных больниц вырос в четыре раза, с 2540 до 10 800, а число врачей, работающих в округах, увеличилось с нескольких сотен до 1339. К 1990 г. показатели материнской смертности были на уровне ниже 50 на 100 000 живорождений (см. рис. 4.2).

Более недавний пример представляет Египет, где в течение восьми лет с 1993 г. до 2000 г. материнская смертность снизилась соответственно с 174 до 84 на 100 000 живорождений. Предпосылкой к этому были предпринятые значительные усилия в направлении более безопасного материнства. В результате роды вдвое чаще стали проводиться с участием врача или среднего медицинского работника, а также улучшился доступ к экстренной акушерской помощи *(41)*. В Гондурасе за период с 1990 г. по 1997 г. было достигнуто снижение



P. Carnevale/WHO

В ряде стран предпринимаются усилия, направленные на пополнение численности акушерок. На снимке — только что получившие дипломы медсестры-акушерки во время выпускного дня в Колледже для средних медицинских работников им. Камузу, Университет Малави.

материнской смертности с 182 до 108 на 100 000 благодаря открытию и штатному укомплектованию семи больниц и 226 сельских медико-санитарных центров, а также путем увеличения числа медицинских работников и квалифицированных помощников в родах *(42)*.

Эти примеры являются свидетельством того, что долгосрочные инициативные усилия по обеспечению квалифицированной медицинской помощи при родах дают положительные результаты; к сожалению, может возникнуть и обратная ситуация. Нарушение доступа к квалифицированной помощи способно привести к резкому росту неблагоприятных исходов, как это, например, имело место в Малави или в Монголии (см. главу 1). В Таджикистане экономический хаос после распада СССР и приобретения независимости в 1991 г., усугубленный вспыхнувшей гражданской войной, привел к значительному снижению возможностей системы здравоохранения по оказанию доступной помощи и к шокирующему десятикратному увеличению доли родов, проходящих в домашних условиях без участия квалифицированного персонала *(43)*. Результатом явилось повышение уровня материнской смертности. Аналогичная ситуация наблюдалась в Ираке, где санкции 1990-х годов привели к резкому нарушению деятельности до этого хорошо функционирующих служб системы здравоохранения; показатели материнской смертности выросли с 50 на 100 000 в 1989 г. до 117 на 100 000 в 1997 г., достигая 294 на 100 000 в центральных и южных регионах страны *(44)*. В это время в Ираке также было отмечено резкое повышение показателей неонатальной смертности: с 25 до 59 на 1000 за период с 1995 г. по 2000 г.

Обнадеживает то, что страны, предпринимающие целенаправленные усилия по обеспечению оказания профессиональной помощи в родах силами акушерок и других квалифицированных медицинских работников с резервной возможностью стационарной помощи, как правило, добиваются резкого улучшения показателей материнской выживаемости. Как показано на рис. 4.3, этот процесс требует времени. Имеющиеся трудности в оценке динамики материнской смертности, особенно при ее высоких уровнях, могут создавать препятствия для постоянного поддержания необходимой интенсивности прилагаемых усилий.

## Квалифицированная помощь: пересмотр характера разделения труда

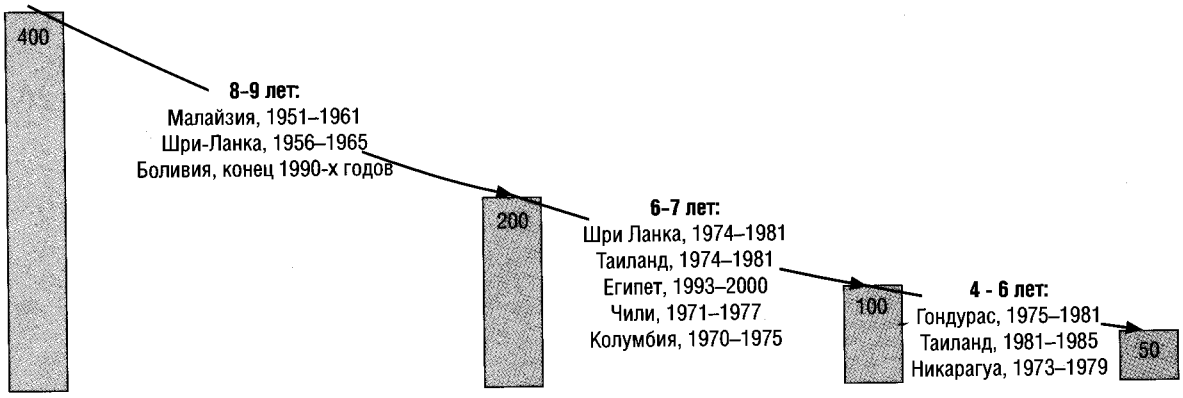
Страны, которым успешно удалось создать условия для более безопасного материнства, обладают тремя общими характеристиками. Во-первых, руководители и организаторы здравоохранения были хорошо информированы: они знали о наличии проблемы, знали, что с ней можно справиться, и приняли решение действовать на основании имеющейся информации. Во-вторых, они избрали стратегию, основанную на здравом смысле, которая оказалась самой верной: обеспечение не только антенатальной помощи, но также и профессиональной медицинской помощи во время и после родов для всех матерей, осуществляемой силами дипломированных акушерок, медсестер-акушерок или врачей, при поддержке с госпитального этапа. В-третьих, они позаботились о том, чтобы доступ к этой помощи — и в финансовом, и в географическом плане, был бы гарантирован для всего населения *(3)*. Там, где не хватает информации и политическая приверженность недостаточно прочная, где выбирают иные стратегии, чем оказание профессиональной медицинской помощи в родах (см. вставку 4.4), или где не обеспечен всеобщий доступ, — там процесс достижения положительных результатов затягивается. Исходя из этого, становится понятным, почему в 1930-х годах США настолько отстали от стран Северной Европы и почему сегодня многие развивающиеся страны до сих пор имеют недопустимо высокие уровни материнской смертности *(3)*.

Здравый смысл подсказывает необходимость оказания квалифицированной медицинской помощи во время и после родов включая проведение необходимых вмешательств при возникновении осложнений, этого же хотят и матери, и их семьи. Однако осуществление данного принципа на практике сталкивается с трудностями, которые многим странам еще не удалось преодолеть. В этом отношении мало помогает запутанная техническая терминология, которую международное сообщество использует для обозначения различных пакетов медицинских мероприятий (BEOC, CEOC, BEmOC, CEmOC, EOC[1] и т.д.), предназначенных для осуществления «квалифицированными помощниками в родах» (врачами, медсестрами или акушерками). Последние зачастую не могут разобраться, каким образом должно осуществляться распределение их функций в соответствии с этими разнообразными аббревиатурами. Путаница отчасти связана с трудностями в различении понятий «базовая (основная)» и «полная» помощь, которые изначально были предназначены для учета деятельности лечебных учреждений, а не для описания того, кто и кому должен оказывать помощь в конкретной ситуации. Аббревиатуры вызывают еще большее раздражение, когда разные термины начинаются с одной и той же буквы, как в случае необходимой (essential) и экстренной (emergency) помощи. Пришло время внести ясность во все эти вопросы.

## Помощь должна быть близкой — и безопасной

В квалифицированной акушерской и неонатальной помощи, оказываемой профессиональными медицинскими работниками во время и после родов, нуждаются все матери и новорожденные, а не только подверженные повышенному риску развития осложнений. Но кроме того, желательно сохранять возможность соблюдения местных традиций и ритуалов, сопутствующих рождению ребенка, так чтобы они продолжали находиться в центре семейной жизни. Следовательно, помощь должна быть приближена к месту и условиям жизни людей

Рис. 4.3 Число лет, потраченное в отдельных странах на снижение в два раза показателей материнской смертности




Показатель материнской смертности, на 100 000 живорождений.

[1] Basic Essential Obstetric Care (базовая необходимая акушерская помощь), Comprehensive Essential Obstetric Care (полная необходимая акушерская помощь), Basic Emergency Obstetric Care (базовая экстренная акушерская помощь), Comprehensive Emergency Obstetric Care (полная экстренная акушерская помощь), Emergency Obstetric Care (экстренная акушерская помощь).

и к их традициям, но наряду с этим, при возникновении непредсказуемых осложнений медицинский работник должен иметь возможность незамедлительного проведения необходимых вмешательств. Определяющими чертами такой помощи являются отзывчивость и гибкость, легкость доступа во всех отношениях, а также чтобы ее компетентным образом оказывала акушерка (или медицинский работник с эквивалентными навыками) всем матерям, имея для этого все необходимые средства и адекватные условия. Этот комплекс медицинских мероприятий целесообразно обозначать как «первый уровень» оказания помощи. Называя эту помощь «базовой (основной)», «первичной» или «рутинной», мы недооцениваем сложность и диапазон навыков, необходимых для адекватного осуществления лечебно-диагностических вмешательств при внезапно развивающихся жизнеугрожающих ситуациях. Ключевые характеристики акушерской и неонатальной помощи первого уровня и резервной помощи суммированы в таблице 4.2.

В опубликованных пособиях детально описаны рекомендуемые комплексы лечебно-диагностических мероприятий, согласованные на международном уровне (см. таблицу 4.2). Большинство вмешательств, такие как наблюдение за ходом родов, оказание психологической поддержки, помощь по инициированию грудного кормления, необходимо проводить по отношению ко всем матерям и новорожденным при всех обстоятельствах. Другие составляющие комплекса, например ручное выделение последа или реанимация новорожденного, необходимы лишь при наличии конкретных показаний. Тем не менее, крайне важно, чтобы во всех случаях родов сохранялась постоянная готовность незамедлительного осуществления любого вмешательства, входящего в комплекс.

Эти вмешательства могут быть осуществлены только профессионалами, обладающими разнообразными навыками и знаниями — квалифицированными медицинскими работниками с акушерскими навыками. Их другое название — «квалифицированные помощники в родах» (skilled attendants). Крайне важно, чтобы они имели необходимый минимум навыков и знаний. При этом недостаточно обладать лишь частью навыков, например, только уметь принимать так

## Вставка 4.3 Скрининг на выявление высокого риска в родах: неутешительные результаты

История антенатального скрининга начинается с деятельности первого экспертного комитета ВОЗ в начале 1950-х годов *(45)*. Идея подкупала своей простотой: если убедить всех беременных женщин обратиться к услугам антенатальной помощи, то можно провести соответствующие скрининг-тесты для выявления тех, у кого повышен риск развития осложнений. Таким женщинам можно было бы предложить оказание дополнительной помощи. Несмотря на то, что еще в 1932 г. были получены научные данные, свидетельствующие о невысокой эффективности скрининга *(46, 47)*, системы балльной оценки риска были экспортированы для внедрения в развивающихся странах. Они вскоре вошли в повседневный обиход *(48–51)*, и в период 1970-х и 1980-х годов сформировался общепринятый подход, получивший название «подход в соответствии с риском» *(52, 53)*. Этот принцип лежал в основе стратегий безопасного материнства в течение многих лет. Агентства по международному развитию вкладывали значительные ресурсы и усилия в кампании информирования, просвещения и пропаганды среди населения, направленные на обеспечение для всех беременных женщин однократного антенатального посещения для определения, кто из них подвержен повышенному риску и кто нет. Женщинам первой группы рекомендовали рожать в медицинском учреждении, для остальных больше никаких мероприятий не планировалось.

В начале 1980-х годов появились первые научные данные, подвергавшие сомнению экономическую эффективность антенатального скрининга как пути для снижения материнской смертности *(52)*. Общепринятые устои были поколеблены *(54)*. Все шире распространялось мнение о том, что применение антенатальной помощи «в качестве всеобъемлющей программы скрининга не только дает меньше, чем от нее ожидали, но остается неясным вообще, какова ее эффективность в этом отношении» *(55)*. Шестью годами позже уже стало вполне ясно, что «никакой скрининг не позволяет разделить женщин на тех, кому потребуется экстренная медицинская помощь и кому нет» *(56)*. И действительно, у большинства женщин, у которых в конце концов возникают осложнения, выявляются лишь единичные факторы риска или их не обнаруживается вовсе, а большинство женщин с факторами риска благополучно донашивают беременность и рожают без осложнений. Доклад Roopey, опубликованный в 1992 г., формально изменил баланс в сторону скептического отношения *(57)*. Антенатальная помощь важна для дальнейшего совершенствования охраны здоровья матери и новорожденного, но не в качестве изолированной стратегии и не как инструмент скрининга. Для гарантии безопасности родов необходимо обеспечить оказание профессиональной медицинской помощи в родах всем женщинам, в том числе и не входящим в группу высокого риска в соответствии с критериями 1980-х годов.

называемые нормальные роды. *«Не нужно большого ума, чтобы поймать ребенка»*, если все идет хорошо. Однако когда возникает осложнение и развивается трудно предсказуемая ситуация, тогда от медицинского работника требуется самый высокий уровень знаний и навыков для того, чтобы выявить причину и принять правильное решение о необходимых действиях. Неверный выбор вмешательства или слишком долгие колебания, прежде чем осуществить вмешательство либо вовремя и адекватным образом направить женщину на последующий этап оказания помощи, могут иметь самые тяжелые последствия.

Эталоном квалифицированного помощника в родах является дипломированная акушерка (midwife). Экономически менее эффективные варианты организации помощи включают медсестер-акушерок (nurse-midwives) и врачей общего профиля, поскольку предполагается, что они также специально подготовлены для оказания данного вида помощи (на практике этого нет или уровень подготовки недостаточен). Акушеры-гинекологи, как правило, легко справляются

## Вставка 4.4 Традиционные повитухи: еще одно разочарование

В 1970-х годах получила большое распространение практика обучения традиционных (народных) повитух с целью улучшения акушерской помощи в условиях недостатка профессиональных медицинских кадров на низовом уровне, а также недостаточного коечного фонда или персонала на госпитальном уровне, чтобы обеспечить всем женщинам возможность родов в стационаре. Повитухи принимали большое число родов (особенно в сельской местности), их помощь была доступна и совместима с местными традициями, они могли оказывать влияние на решения женщин, касающиеся использования услуг медико-санитарной помощи. Обучение их современным методам родовспоможения рассматривалось как новое направление для дальнейшего развития. На самом деле, эта идея не была новой. В ряде стран такие попытки предпринимались на много лет раньше: в 1921 г. в Судане, в начале 1950-х годов в Индии, Таиланде и на Филиппинах *(58, 59)*.

В 1970 г. межрегиональный семинар в Малайзии, организованный ВОЗ, рекомендовал в целях совершенствования планирования программ охраны здоровья матери провести широкомасштабное международное исследование существующей в разных странах практики оказания помощи при беременности и родах, включая народную медицину (повитух) *(60)*. Одним из выводов этого исследования была рекомендация разработать пособие для стран по обучению и использованию повитух. В стратегии первичной медико-санитарной помощи конца 1970-х годов центральное место занимала задача мобилизации сообщества на местном уровне, и идея привлечения представителей народной медицины хорошо вписывалась в этот контекст *(61)*. Были обучены десятки тысяч повитух, прежде всего в Азии и Латинской Америке, но также и в Африке *(62)*. Выражались надежды даже на то, что они смогут вести прием в кабинетах антенатальной помощи *(63–65)* и войдут в систему здравоохранения в качестве медицинских работников *(66, 67)*.

В то время как ВОЗ продолжала поддерживать эту стратегию до середины 1980-х годов, стали раздаваться голоса ряда специалистов, выражавших сомнение относительно ее эффективности. Появились научные данные, свидетельствующие о том, что обучение повитух не оказывает существенного влияния на уровень материнской смертности. Оно способствует улучшению «знаний» и «установок», а также приводит хотя и к небольшому, но достоверному снижению перинатальной смертности и частоты асфиксии в родах, однако свидетельств экономической эффективности данного обучения получено не было *(68)*. В противоположность этому, становилось ясно, что наиболее эффективной мерой является обеспечение профессиональной медицинской помощью, включая возможность обратиться в хорошо оснащенную больницу в случае необходимости *(69–73)*.

В большинстве ситуаций представляется мало реалистичным предполагать, что проведение учебного курса может оказать какое-либо влияние на материнскую смертность. Был недостаточно учтен ряд важных факторов. Во-первых, функции, уровень знаний и опыта повитух значительно варьируют между регионами и даже в пределах отдельно взятой страны. Поэтому в техническом плане не корректно формировать общую стратегию обучения без учета этих различий. Ее сторонники в ответ на эти возражения заявляли, что виновата не сама стратегия, а отсутствие руководства и поддержки, что снизило ее эффективность *(59, 74)*. Однако поскольку повитухи нуждаются в постоянном «присмотре» гораздо в большей степени, чем врачи-специалисты или профессиональные акушерки, подобное наставничество в условиях, когда у профессиональных медицинских работников нет на него ни времени, ни ресурсов, является мало реальным.

Вторая проблема носит качественный характер: неясно, чему нужно учить повитух. Для того чтобы изменить их практику, нужно понять ее суть. Однако этот вопрос редко поднимался *(75)*. Даже если и бывает возможно изменить некоторые компоненты традиционных знаний, это может «дестабилизировать» статус повитухи в целом. Социальная роль повитухи, также как и народного целителя, имеет глубокие корни в местной культуре. Она не ограничивается лишь оказанием помощи при определенных состояниях и болезнях. Она носит целостный характер, объединяя и связывая страдания пациента с единым культурным контекстом *(76)*. Сторонники стратегии обучения повитух не смогли в достаточной степени учесть степень глубинных культурных различий, лежащих между современными методами оказания помощи и деятельностью повитух.

Наконец, в то время как некоторые специалисты полагали, что повитухи будут, по крайней мере, убеждать женщин с осложнениями обращаться в больницу *(63, 65, 77)*, на практике наблюдается прямо противоположное — они задерживают принятие такого решения или даже намеренно отговаривают женщин *(78, 79)*.

Эта стратегия в настоящее время все в большей степени расценивается как неудачная. Потребовалось более 20 лет, чтобы убедиться в этом. Израсходованные на нее средства, по всей вероятности, могли бы быть потрачены с большей пользой на подготовку профессиональных акушерок.

Таблица 4.2 Основные характеристики акушерской и неонатальной помощи первого уровня и резервной помощи

| | Акушерская и неонатальная помощь первого уровня | Резервная акушерская и неонатальная помощь |
|---|---|---|
| **Определяющие черты** | Приближенность к населению: без акцента на медицинскую атрибутику, но с обеспечением профессионального качества | Технические возможности, соответствующие госпитальному (второму) уровню оказания помощи |
| **Кому оказывают?** | Всем матерям и новорожденным | Матерям и новорожденным при возникновении осложнений, с которыми нельзя справиться с помощью вмешательств первого уровня |
| **Кто оказывает?** | В оптимальном варианте — акушерки; альтернативная возможность: врачи или медицинские сестры при условии их адекватного обучения и наличия соответствующих навыков | В оптимальном варианте — бригада, включающая акушеров-гинекологов и педиатров; альтернативная возможность: адекватно подготовленные врачи общего профиля или средние медицинские работники |
| **Где?** | Предпочтительно в родильных учреждениях, возглавляемых акушерками; также во всех больницах, имеющих родильные отделения | Во всех больницах |

Примечание. Рекомендуемые вмешательства изложены в следующих источниках: Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva, World Health Organization, 2003; Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva, World Health Organization, 2003; Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives. Geneva, World Health Organization, 2003.

с оказанием помощи на первом этапе, однако этот вариант экономически менее эффективен и больше подходит для уровня резервной помощи на последующем этапе. Следует также учитывать, что страны со стагнацией или регрессом по показателям детской смертности испытывают большой дефицит врачей-специалистов данной категории. Нет убедительных данных в пользу того, что медицинские работники более низкого звена или лица без медицинского образования могут адекватно осуществлять комплексный процесс принятия решений, необходимый при возникновении осложнений в родах (см. вставку 4.5).

Оказание приближенной к пациентам акушерской и неонатальной помощи первого уровня — это не просто «прием нормальных родов». Данный вид помощи имеет три функции. Первая состоит в том, чтобы обеспечить оптимальные условия для родов путем создания атмосферы доверия между роженицей и медицинским работником. Вторая функция — контроль осложнений по мере их возникновения, не допускающий их перерастание в жизнеугрожающие состояния. Третья функция — принятие мер при возникновении жизнеугрожающих состояний: либо самостоятельно, либо путем подключения следующего уровня оказания помощи, доступ к которому должен иметься в качестве резерва.

Таким образом, акушерская и неонатальная помощь первого уровня не является рутинным, не богатым событиями процессом, и это отличает ее от общей медицинской практики, где при острых состояниях пациент напрямую попадает в стационарное отделение экстренной помощи. Помощь первого уровня реально спасает жизни и преодолевает неотложные состояния. Это осуществляется путем взятия возникающих нарушений под контроль до того, как они начнут угрожать жизни (например, лечение анемии), или путем предотвращения развития осложнений (например, при активном ведении третьего периода родов).

Акушерки и другие медицинские работники с акушерскими навыками также имеют дело с целым рядом экстренных состояний, например проводя вакуум-экстракцию в случае дистресса плода или направляя роженицу в экстренном порядке на кесарево сечение или для выполнения других вмешательств на уровне резервной помощи. Характерной чертой помощи первого уровня является то, что ее оказывают в условиях, удобных для матери, стремясь уменьшить чувство страха и облегчить боль, сопутствующие родам.

Таким образом, акушерская и неонатальная помощь первого уровня обеспечивает целый комплекс мероприятий, от которых в значительной степени зависит здоровье матерей и новорожденных. Опыт показывает, что даже при отсутствии доступа к больницам оказание акушерской и неонатальной помощи первого уровня может привести к уменьшению материнской смертности ниже 200 на 100 000, а в оптимальных условиях — даже до 90 на 100 000 *(37)*. Ясно, что противопоставление рутинных нормальных родов и экстренной больничной помощи при жизнеугрожающих состояниях не имеет под собой почвы.

Оказание акушерской и неонатальной помощи первого уровня предпочтительно организовывать в родовспомогательных центрах, возглавляемых акушерками. В них должны соблюдаться условия приближенности к местным культурным традициям без доминирования профессиональной медицинской атрибутики, но при этом центры должны оказывать квалифицированную помощь, иметь необходимое оснащение и возможности экстренного направления на последующий этап. Необходимо поддерживать баланс между децентрализацией с целью облегчения доступа и необходимым сосредоточением кадров и оснащения для обеспечения круглосуточной помощи. Это легче осуществить в родовспомогательном центре, имеющем бригаду из нескольких квалифицированных сотрудников, чем в условиях индивидуальной практики. Естественно, что в любой больнице с родильным отделением также должна оказываться помощь первого уровня всем госпитализированным матерям и новорожденным. Преимуществом больниц является то, что они могут обеспечивать и резервную помощь. Но даже в стенах больницы помощь первого уровня должна сохранять обстановку приближенности к матери и минимальной «медикализации», характерную для родильных учреждений, возглавляемых акушерками.

## Резервная помощь в случае осложнений

В идеальных условиях акушерская и неонатальная помощь первого уровня должна была бы включать весь спектр необходимых вмешательств, в том числе осуществляемых по жизненным показаниям. Вполне очевидно, что это невозможно — потребовалось бы иметь операционную в каждой деревне. Поэтому используют резервную помощь, обеспечиваемую больницами. Ее цель — помочь тому меньшинству матерей и новорожденных, у которых развиваются осложнения, требующие более сложных вмешательств для их устранения. Медицинские работники, оказывающие помощь первого уровня, нуждаются в резервном подкреплении, когда они не могут справиться с возникшей проблемой, поскольку она выходит за рамки их компетенции или имеющихся в их распоряжении лечебно-диагностических средств. При этом они надеются на достаточный уровень качества резервной помощи, чтобы быть спокойными за своих пациентов и сохранить их доверие. Каждая беременная женщина должна быть уверена в том, что если возникнут осложнения, то ее акушерка либо сама справится с ними, либо доставит ее туда, где будут проведены необходимые вмешательства.

Резервная акушерская и неонатальная помощь включает вмешательства по экстренным показаниям (например, гистерэктомия при разрыве матки, лечение столбняка или менингита у новорожденного), а также осуществляемые в плановом порядке (например, лечение врожденного сифилиса). Критерием

для включения того или иного типа вмешательства в пакет услуг резервной помощи является не опасность осложнения и не экстренность ситуации, а только уровень сложности выполнения. В том случае, если вмешательство технически осуществимо на первом уровне, оно должно входить в перечень осуществляемых там лечебно-диагностических мероприятий.

В оптимальном варианте оказание резервной помощи происходит в больнице, где врачи-специалисты, обладающие необходимыми навыками врачи общего профиля или специально обученные средние медицинские работники могут справиться с проблемами, которые оказались слишком сложными для работников первого уровня. Для обеспечения своевременного осуществления лечебных мероприятий при жизнеугрожающих состояниях необходима круглосуточная готовность персонала и оснащения, а также поддержание надежной связи между обоими уровнями оказания помощи. Для того, чтобы снизить риск и расход ресурсов, связанные с проведением медицинских вмешательств, и вместе с тем обеспечить отзывчивый и гуманный характер оказания помощи, следует всячески избегать излишней медикализации — необоснованного проведения различных медицинских манипуляций и назначения лекарственных средств — что так часто наблюдается при оказании коммерческих медицинских услуг.

## Одновременное развертывание служб

Акушерская и неонатальная помощь первого уровня и резервные госпитальные службы поддержки должны развертываться параллельно. В индустриально развитых странах, а также в таких странах, как Малайзия, Таиланд и Шри-Ланка, развитие акушерской помощи первого уровня происходило с опереже-

## Вставка 4.5 Подготовка медицинских работников к безопасной и эффективной практике

Имеется мало научных данных о том, какие методы или модели лучше всего подходят для преддипломной подготовки медицинских работников к их будущим функциям и обязанностям. Более обширная информация существует относительно обучения на рабочем месте, цель которого — устранение так называемого «разрыва между знанием и умением (навыками)». Однако и в этом случае остается практически недоказанным, что миллионы долларов, потраченные на обновление и совершенствование навыков, способствуют улучшению конечных результатов.

Преддипломная подготовка часто проводится в соответствии с местной практикой предшествующих лет; ее характеристики в разных странах значительно варьируют. Так, в регионе Юго-Восточной Азии все программы преддипломной акушерской подготовки медсестер, медсестер-акушерок, а также акушерок содержат в качестве своих задач формирование одного и того же набора навыков. Но при этом длительность обучения весьма различна: от трех до 48 месяцев (срединное значение в ряду программ — 24 месяца). Имеется значительный разброс также и по другим регионам. Как показывает опыт, проводимые пересмотры учебных программ редко приводят к существенным изменениям вступительных требований или соотношения вопросов теории и практики. Ревизии программ преддипломной подготовки обычно носят дополняющий характер, внося новые темы и продлевая сроки обучения из соображений академического статуса или вследствие перераспределения ответственности между министерствами здравоохранения и образования.

Имеется недостаточно фактических данных для формулирования точных рекомендаций по оптимальной продолжительности и содержанию преддипломной подготовки. Однако пока еще нет примеров получения удовлетворительных результатов при использовании моделей, основанных на включении акушерской тематики в общую трехгодичную программу подготовки медсестер, даже если вступительные требования превышают уровень 10-летнего образования. В равной степени нет примеров удовлетворительных результатов от применения программ со вступительными требованиями, соответствующими 10 или менее лет общего образования, при которых первые три года посвящены общей тематике сестринского дела, а четвертый год — акушерской подготовке. Имеется два вида программ, при использовании которых были зафиксированы удовлетворительные результаты. Первая из них касается подготовки медсестер-акушерок: свыше 10 лет общего образования в качестве вступительного уровня, три года общей сестринской подготовки и от одного года до двух лет акушерской подготовки. Обучение по этой формуле дало хорошие результаты в Австралии, Ботсване, Кении, Сенегале, Соединенном Королевстве и Швеции. Второй вид программы — непосредственная подготовка акушерок: три года комбинированного теоретического и практического специализированного обучения акушерству на базе более 10 лет общего образования. Эта программа зарекомендовала себя в Индонезии, Канаде и Соединенном Королевстве. В качестве предварительного вывода можно заключить, что для формирования минимального набора навыков, дающих возможность акушерке или медсестре-акушерке работать самостоятельно, требуются значительных вложения в высококачественные программы основного обучения.

нием, без достаточной опоры на больницы. Повторение такой последовательности сегодня было бы неприемлемым для руководства, для медиков и, самое важное, для самих потребителей медицинской помощи. В то же время обратная ситуация, то есть изолированное развитие больничных служб, без сети учреждений первого уровня, также крайне нежелательно. Однако это происходит сегодня во многих странах, что приводит к тому, что возникающие осложнения в результате отсутствия адекватной помощи на ранних стадиях перерастают в экстренные жизнеугрожающие состояния.

Трудности одновременного развертывания обладают разительным сходством с теми проблемами в сфере первичной медико-санитарной помощи, которые обусловили переход к концепции округов здравоохранения, в которых медико-санитарные центры и окружная больница тесно связаны друг с другом с целью обеспечения непрерывности и преемственности помощи. Поэтому расширение охвата населения услугами акушерской и неонатальной помощи в очень большой степени зависит от развития окружной системы здравоохранения.

## Послеродовая помощь имеет не менее важное значение

В то время, как оказанию помощи непосредственно после родоразрешения повсеместно придают большое значение, о необходимости ее продолжения на более поздних стадиях послеродового периода часто полностью забывают или уделяют ей недостаточное внимание. Во многих странах с низким уровнем доходов, даже там, где удельный вес родов, принимаемых в медицинских учреждениях, уже весьма высок или возрастает, женщин часто выписывают в течение первых суток после родов *(34)*. Однако больше половины случаев материнской смертности и большое число случаев смерти новорожденных приходятся на более поздние сроки. Несмотря на тяжелое бремя заболеваемости, падающее на этот период, уровень использования услуг послеродовой помощи в развивающихся странах обычно крайне низок, как правило составляя менее половины от уровня использования услуг антенатальной помощи или родовспоможения *(80)*.

Женщины не расположены, а зачастую, по-видимому, и не имеют возможности заниматься активным поиском путей получения медицинской помощи, даже при наличии опасного осложнения. Для многих из них бедность в сочетании с ограничениями, обусловленными традиционным укладом, создает своего рода «социальный барьер», за который службы оказания помощи не могут проникнуть *(81)*. В тех местах, где большинство родов проходит в домашних условиях, доступ к послеродовой помощи нередко отсутствует либо женщины не знают о том, что она возможна. Медицинские работники и семьи зачастую уделяют особое внимание лишь состоянию новорожденного и либо упускают из виду, либо не имеют возможности оценить тяжесть возникающих осложнений у матери, например послеродового кровотечения *(82)*.

Когда роды принимает профессиональный медицинский работник, независимо от того, где это происходит — в домашних условиях либо в медицинском учреждении, матери обычно предлагают явиться в медицинское учреждение для послеродового обследования через шесть недель после родоразрешения. Этого явно недостаточно для эффективной профилактики. Ко всему прочему, обследования часто проводят другие сотрудники и не в том отделении, где принимались роды. Женщины нередко не являются на это обследование, поскольку иногда они просто не знают о нем либо не видят в нем никакой пользы, или когда потраченное на него время влечет для них слишком большие издержки *(83–85)*. Сами медицинские работники также порой не чувствуют себя уполномоченными или достаточно технически компетентными для проведения тех или иных вмешательств в течение послеродового периода *(86)*. За исключением отдельных стран, таких как Шри-Ланка, частота посещений женщинами медицинских учреждений в послеродовом периоде находится на низком уровне и нерав-

номерно распределена в географическом отношении. Существующие структуры часто недостаточно обеспечивают потребности женщин из бедных слоев населения, которые нуждаются как в более качественной помощи первого уровня, так и в легко доступных больничных учреждениях на случай осложнений. В большинстве мест отмечается резкий дефицит обученных медицинских работников, обладающих возможностями выявления и лечения этих осложнений или адекватного направления матерей на последующие этапы помощи.

Существуют рекомендации по оказанию послеродовой помощи *(87)*. Им могут следовать как акушерки, так и возможно менее «дефицитные» медицинские работники общего профиля. Сегодня необходим прагматический подход к решению задач в условиях ограниченных ресурсов, а также большее внимание к соблюдению преемственности между оказанием помощи матери и новорожденному во время родов и процессом последующего медицинского наблюдения.

## Библиография


1. Murray CJL, Lopez AD. Quantifying the health risks of sex and reproduction: implications of alternative definitions. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III):1–17.
2. *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Geneva, World Health Organization, 2004.
3. Van Lerberghe W, De Brouwere V. Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Antwerp, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:7–33).
4. Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M, Glover LH. The postpartum period: the key to maternal mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1996, 54:1–10.
5. Alauddin M. Maternal mortality in rural Bangladesh: the Tangail District. *Studies in Family Planning*, 1986, 17:13–21.
6. Bhatia JC. Levels and causes of maternal mortality in southern India. *Studies in Family Planning*, 1993, 24:310–318.
7. Koenig MA, Fauveau V, Chowdhury AI, Chakraborty J, Khan MA. Maternal mortality in Matlab, Bangladesh: 1976–85. *Studies in Family Planning*, 1988, 19:69–80.
8. MacLeod J, Rhode R. Retrospective follow-up of maternal deaths and their associated risk factors in a rural district of Tanzania. *Tropical Medicine and International Health*, 1998, 3:130–137.
9. Kilaru A, Matthews Z, Mahendra S, Ramakrishna J, Ganapathy S. 'She has a tender body': postpartum care and care-seeking in rural south India. In: Unnithan M, ed. *Reproductive agency, medicine, and the state*. Oxford, Berghahn Press, 2004.
10. *Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*. Geneva, World Health Organization, 1999.
11. AbouZahr C. Antepartum and postpartum haemorrhage. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III):165–189.
12. AbouZahr C. Global burden of maternal death and disability. In: Rodeck C, ed. *Reducing maternal death and disability in pregnancy*. Oxford, Oxford University Press, 2003:1–11.

13. Adriaanse AH, Pel M, Bleker OP. Semmelweis: the combat against puerperal fever. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2000, 90:153–158.
14. AbouZahr C, Aahman E, Guidotti R. Puerperal sepsis and other puerperal infections. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III):191–217.
15. AbouZahr C, Guidotti R. Hypertensive disorders of pregnancy. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III):219–241.
16. Arrowsmith SD, Hamlin EC, Wall LL. Obstructed labour injury complex: obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity of maternal birth trauma in the developing world. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 1996, 51:568–574.
17. Wall LL, Dead mothers and injured wives: the social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria. *Studies in Family Planning*, 1998, 29: 341–359.
18. Faces of dignity: seven stories of girls and women with fistula. Dar es Salaam, Women's Dignity Project, 2003.
19. Murphy M. Social consequences of vesicovaginal fistulae in northern Nigeria. *Journal of Biosocial Science*, 1981, 13:139–150.
20. Kelly J, Kwast BE. Epidemiological study of vesicovaginal fistulas in Ethiopia. *International Urogynecology Journal*, 1993, 4:278–281.
21. Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III).
22. *Obstetric fistula needs assessment report: findings from nine African countries*. New York, NY, United Nations Population Fund/EngenderHealth, 2003.
23. Vangeenderhuysen C, Prual A, Ould el Joud D. Obstetric fistulae: incidence estimates for sub-Saharan Africa. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2001, 73:65–66.
24. Donney F, Weil L. Obstetric fistula: the international response. Lancet, 2004, 363:6161.
25. Wall LL, Karshima J, Kirschner C, Arrowsmith SD. The obstetric vesicovaginal fistula: characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 190:1011–1019.
26. Rasheed AH. *Journeys and voices: a collection of excerpts. Obstetric fistula: a sociomedical problem in Morocco 1988–1993. Journey and voices*. International Development Research Centre, 2004 (http://web.idrc.ca/en/ev-67414-201-1-DO_TOPIC.html, accessed 20 January 2005).
27. *Campaign to end fistula*. United Nations Population Fund, 2004 (http://www.endfistula.org, accessed 20 January 2005).
28. Cook RJ, Dickens BM, Syed S. Obstetric fistula: the challenge to human rights. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2004, 87:72–77.
29. *Women's dignity project* (http://www.womensdignity.org, accessed 20 january 2005).
30. Neilson JP, Lavender T, Quenby S, Wray S. Obstructed labour. *British Medical Bulletin*, 2003, 67:191–204.
31. Bhatia JC, Cleland J. Obstetric morbidity in South India: results from a community survey. *Social Science and Medicine*, 1996, 43:1507–1516.

32. *Postpartum care of the mother and the newborn: a practical guide*. Geneva, World Health Organization, 1998.
33. Fortney JA, Smith JB. Measuring maternal morbidity. In: Berer M, Ravindran TKS, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Oxford, Blackwell Science, 1999:43–50.
34. Graham W, Bell J, Bullough CH. Can skilled attendance at delivery reduce maternal morbidity in developing countries? In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:91–131).
35. Kowalewski M, Jahn A. *Health professionals for maternity services: experiences on covering the population with quality maternal care*. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Antwerp, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:131–150).
36. Pathmanathan I, Liljestrand J, Martins JM, Rajapaksa LC, Lissner C, de Silva A et al. *Investing in maternal health: learning from Malaysia and Sri Lanka*. Washington, DC, World Bank, 2003.
37. Loudon I. *Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality, 1800–1950*. Oxford, Clarendon Press, 1992.
38. Seneviratne HR, Rajapaksa LC. Safe motherhood in Sri Lanka: a 100-year march. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2000, 70:113–124.
39. Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organizing delivery care: what works for safe motherhood? *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:399–406.
40. Suleiman AB, Mathews A, Jegasothy R, Ali R, Kandiah N. A strategy for reducing maternal mortality. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:190–193.
41. *Maternal Mortality Study 2000*. Cairo, Ministry of Health and Population., 2001.
42. Danel I. *Maternal mortality reduction, Honduras, 1990–1997: a case-study*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 1998.
43. Falkingham J. Inequality and changes in women's use of maternal health-care services in Tajikistan. *Studies in Family Planning*, 2003, 34:32–43.
44. *Situation analysis of children and women in Iraq*. New York, NY, United Nations Children's Fund, 1998.
45. *Expert Committee on Maternity Care: first report. A preliminary survey*. Geneva, World Health Organization, 1952 (WHO Technical Report Series, No. 51).
46. Browne FJ, Antenatal care and maternal mortality. *Lancet*, 1932, 220:1–4.
47. Reynolds F. Maternal mortality. *Lancet*, 1934, 224:1474–1476.
48. Lawson B, Stewart DB. *Obstetrics and gynaecology in the tropics and developing countries*. London, Edward Arnold, 1967.
49. King M. Medical care in developing countries. *A primer on the medicine of poverty and a symposium from Makerere*. Oxford, Oxford University Press, 1966.
50. Van der Does C, Haspels A. *Antenatal care. Obstetrical and gynaecological hints for the tropical doctor*. Utrecht, Costhoek, 1972.
51. Cranch G. *The role of nursing/midwifery in maternal and infant care. Nursing-midwifery aspects of maternal and child health and family planning*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 1974:30–34.
52. Backett EM, Davies AM, Petros-Barvazian A. *The risk approach in health care. With special reference to maternal and child health, including family planning*. Geneva, World Health Organization, 1984 (Public Health Papers, No. 76).
53. *Risk approach for maternal and child health care*. Geneva, World Health Organization, 1978 (WHO Offset Publication, No. 39).
54. Smith JS, Janowitz B. Antenatal monitoring. In: Janowitz B, Lewis J, Burton N, Lamptey P. *Reproductive health in Africa: issues and options*. Research Triangle Park, NC, Family Health International, 1984:19–22.

55. Oakley A. *The captured womb. A history of the medical care of pregnant women*. Oxford, Blackwell, 1986.
56. Maine D, Rosenfield A, McCarthy J, Kamara A, Lucas A. *Safe motherhood programs: options and issues*. New York, NY, Columbia University, 1991.
57. Rooney C. *Antenatal care and maternal health: how effective is it? A review of the evidence*. Geneva, World Health Organization, 1992.
58. Bayoumi A. The training and activity of village midwives in the Sudan. *Tropical Doctor*, 1976, 6:118–125.
59. Mangay-Maglacas A. Traditional birth attendants. In: Wallace HM, Giri K, eds. *Health care for women and children in developing countries*. Oakland, CA, Third Party Publishing Company, 1990.
60. de Lourdes Verdese M, Turnbull LM. *The traditional birth attendant in maternal and child health and family planning: a guide to her training and utilization*. Geneva, World Health Organization, 1975.
61. Araujo JG, Oliveira FC. The place of caesarean section and choice of method. In: Philpott RH, ed. *Obstetric problems in the developing world*. London, W.B. saunders, 1982:757–772.
62. Chen PCY. Social background, customs and traditions. In: Wallace HM, Ebrahim GJ, eds. *Maternal and child health around the world*. London, Macmillan, 1981:71–75.
63. Estrada RA. Training and supervision of traditional birth attendants at the primary health care center level. In: del Mundo F, Ines-Cuyegkeng E, Aviado DM, eds. *Primary maternal and neonatal health: a global concern*. New York, NY, Plenum, 1983:483–493.
64. Favin M, Bradford B, Cebula D. *Improving maternal health in developing countries*. Geneva, World Federation of Public Health Associations, 1984.
65. Viegas OA, Singh K, Ratman SS. Antenatal care: when, where, how and how much. In: Omran AR, Martin J, Aviado DM, eds. *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*. Thun, Ott, 1987:287–302.
66. Hyppolito SB. Delegated health activity in rural areas: an experience in North Brazil. In: Omran AR, Martin J, Aviado DM, eds. *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*. Thun, Ott, 1987:325–339.
67. Awan AK. Mobilizing TBAs for the control of maternal and neonatal mortality. In: Omran AR, Martin J, Aviado DM, eds. *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*. Thun, Ott, 1987:340–346.
68. Sibley LM, Sipe TA. What can meta-analysis tell us about traditional birth attendant training and pregnancy outcomes? *Midwifery*, 2004, 20:51–60.
69. Greenwood AM, Bradley AK, Byass P, Greenwood BM, Snow RW, Barnett S et al. Evaluation of a primary health care programme in the Gambia. I. The impact of trained traditional birth attendants on the outcome of pregnancy. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1990, 93:58–66.
70. Maine D, Rosenfield A, McCarthy J, Kamara A, Lucas AO. *Safe motherhood programs: options and issues*. New York, NY, Columbia University, 1991.
71. Koblinsky M, Tinker A, Daly P. Programming for safe motherhood: a guide to action. *Health Policy and Planning*, 1994, 9:252–266.
72. Fauveau V, Chakraborty J. Women's health and maternity care in Matlab. In: Fauveau V, ed. *Matlab, women, children and health*. Dhaka, International Centre for Diarrhoeal research:109–138.
73. Tьrmen T, AbouZahr C. Safe motherhood. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1994, 46:145–153.
74. Sai FT, Measham DM. Safe motherhood initiative: getting our priorities straight. *Lancet*, 1992, 339:478–480.
75. Williams CD, Baumslag N, Jelliffe DB. *Mother and child health: delivering the services*. London, Oxford University Press, 1985.
76. Singleton M. Du leurre de la douleur [The delusion of pain] . *Autrement*, 1994, 142:152–162.

77. Caflish A. Prevention of obstetric mortality in high risk pregnancy. In: Omran AR, Martin J, Aviado DM, eds. *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*. Thun, Ott, 1987:311–320.
78. Lawson JB, Stewart DB. *Obstetrics and gynaecology in the tropics and developing countries*. London, Edward Arnold, 1967.
79. Okafor CB, Rizzuto RR. Women's and health-care providers' views of maternal practices and services in rural Nigeria. *Studies in Family Planning*, 1994, 25:353–361.
80. AbouZahr C, Berer, When pregnancy is over: preventing post-partum deaths and morbidity. In: Berer M, Ravindran TKS, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Oxford, Reproductive Health Matters, Blackwell Science.
81. Chatterjee M. *Indian women, their health and economic productivity*. Washington, DC, World Bank, 1990 (World Bank Discussion Papers, No. 109).
82. Thaddeus S, Nangalia R, Vivio D. Perceptions matter: barriers to treatment of postpartum hemorrhage. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2004, 49:293–297.
83. Lagro M, Liche A, Mumba T, Ntebeka R, van Roosmalen J. Postpartum health among rural Zimbabwean women. *African Journal of Reproductive Health*, 2003, 7:41–48.
84. Yassin K, Laaser U, Kraemer A. Maternal morbidity in rural upper Egypt: levels, determinants and care seeking. *Health care for Women International*, 2003, 24:452–467.
85. Mesko N, Osrin D, Tamang S, Shrestha B, Manandhar D, Manandhar M et al. Care for perinatal illness in rural Nepal: a descriptive study with cross-sectional and qualitative components. *LBMC International Health and Human Rights*, 2003, 3:3.
86. Lugna HI, Johansson E, Lindmark G, Christensson K. Developing a theoretical framework on postpartum care from Tanzanian midwives' views on their role. *Midwifery*, 2002, 18:12–20.
87. *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. Geneva, World Health Organization, 2003.

J. Littlewood/WHO

глава пятая

# новорожденные: не оставлять их больше без внимания

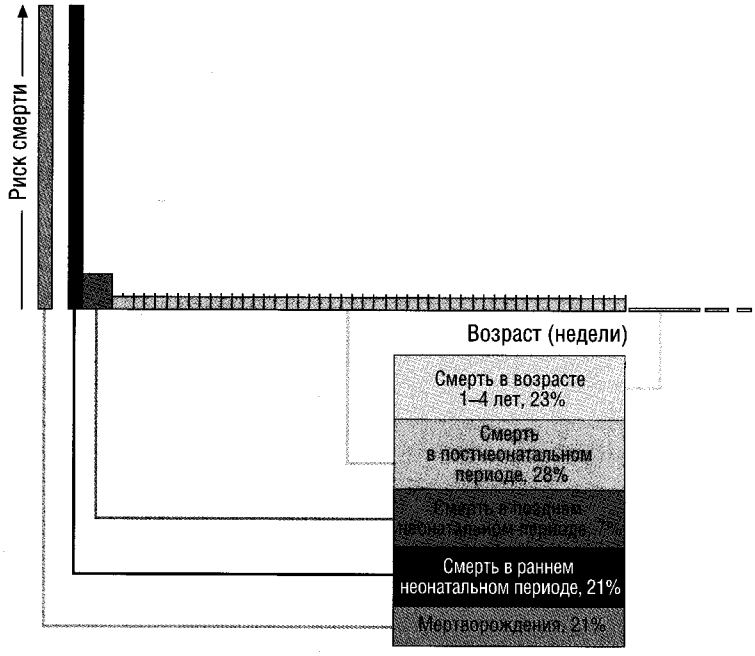
**Каждый год около 3,3 миллионов младенцев рождаются мертвыми и более 4 миллионов — умирают в первые 28 дней после появления на свет. В течение неонатального периода умирает столько же детей, сколько в последующие 11 месяцев или в возрасте 1–4 лет. До недавнего времени мало реальных усилий предпринималось для систематического решения специфических проблем здоровья новорожденных; помощь новорожденным оказалась «в пустоте» между программами охраны материнского и детского здоровья, поскольку связь между ними часто была неадекватна. Однако улучшение здоровья новорожденных не означает просто заполнение этого вакуума еще одной программой: скорее, это означает адаптацию программ охраны здоровья матери и ребенка таким образом, чтобы превратить предоставление помощи в один непрерывный процесс. Эта глава заканчивается примерами ориентиров и сценариев, которые можно использовать для расширения доступа к помощи, как для матерей, так и для новорожденных, с соответствующими оценками расходов, которые могут понадобиться для осуществления таких сценариев.**

## САМЫЙ ОПАСНЫЙ ПЕРИОД ЖИЗНИ — ЕЕ НАЧАЛО

Хотя предпосылки хорошего жизненного старта закладываются задолго до рождения, наибольшая угроза жизни подстерегает человека непосредственно перед рождением, в процессе рождения и в первые несколько часов и дней после рождения. В первую неделю жизни новорожденные все еще остаются весьма уязвимыми, после чего их шансы на выживание существенно возрастают (см. рис. 5.1).

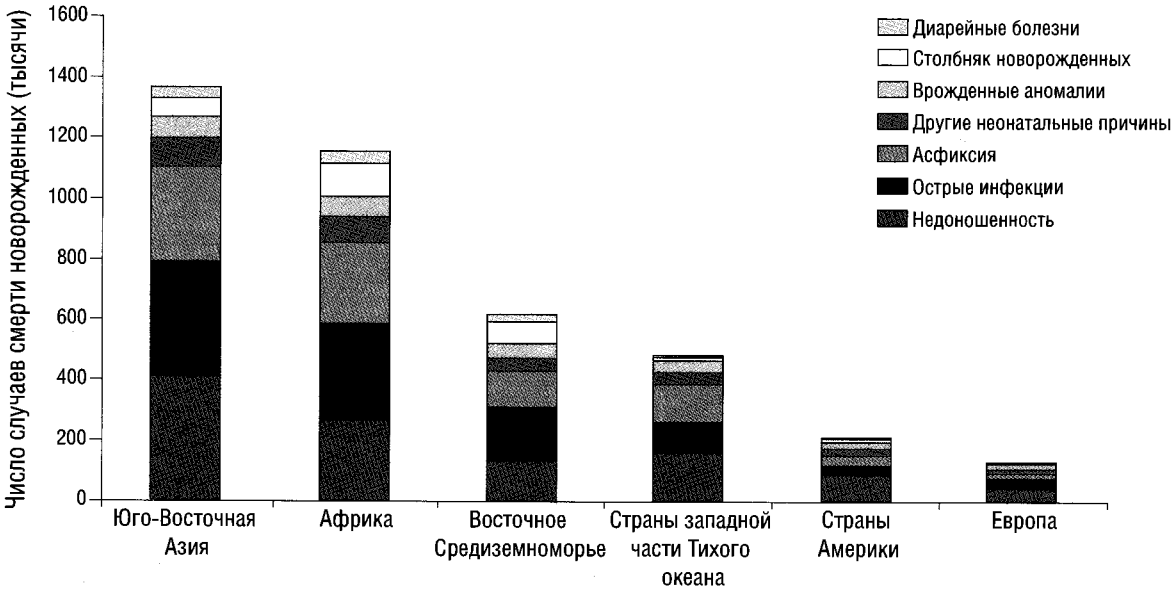
В мировом масштабе больше всего новорожденных умирает в регионе Юго-Восточной Азии: ежегодно 1,4 млн. новорожденных умирают и еще 1,3 млн. рождаются мертвыми. Однако, хотя фактическое число смертей самой высокое в Азии, показатели, как смертности новорожденных, так и мертворождаемости, выше всего в странах Африки, расположенных к югу от Сахары. Из 20 стран с самыми высокими показателями неонатальной смертности 16 — находятся в этой части земного шара.

Рис. 5.1 Смертность в возрасте до пяти лет, 2000 г.




Состояния, которые являются причиной смерти новорожденных, могут также приводить к тяжелым пожизненным нарушениям здоровья. Хотя таких данных немного, согласно оценкам, ежегодно у более миллиона детей, переживших асфиксию новорожденных, наблюдаются такие проблемы, как церебральный паралич, трудности обучения и другие расстройства *(1)*. У детей, родившихся преждевременно или с низкой массой тела, повышена уязвимость к различным болезням в более поздние периоды детства *(2)* и часто наблюдаются нарушения в развитии познавательных способностей *(3)*. Имеются указания на то, что замедленный рост плода во время беременности может быть пусковым моментом в развитии сахарного диабета, артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых заболеваний, которые могут проявиться только значительно позже, когда ребенок вырастет *(4)*. Краснуха, перенесенная матерью во время беременности, может стать не только причиной выкидыша и рождения мертвого ребенка, но и врожденных пороков — глухоты, катаракты, задержки умственного развития и болезней сердца. Каждый год около 100 000 детей рождаются с врожденным синдромом, вызванным краснухой, развития которо-

Рис. 5.2 Число случаев смерти новорожденных в зависимости от причины, 2000–2003 гг.



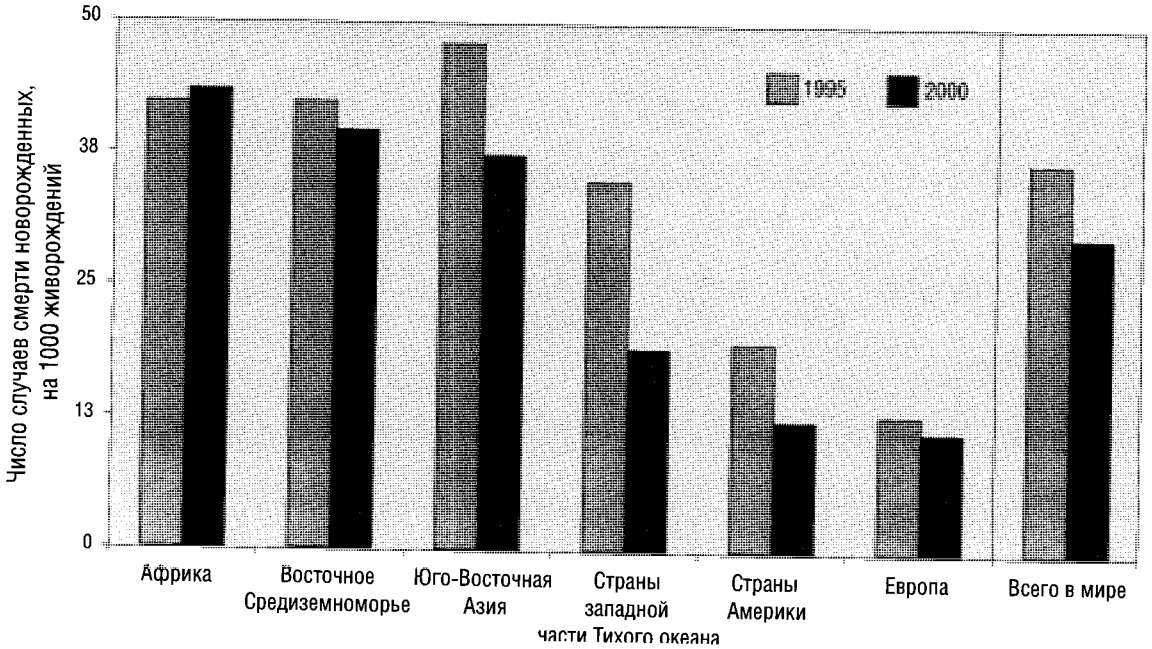
го можно было бы избежать при широком проведении вакцинации против этого заболевания.

Причины смерти новорожденных и детей более старшего возраста разные; только пневмония и инфекции дыхательных путей являются общими и для тех, и для других. В развивающихся странах дети грудного и младшего возраста в основном умирают от таких инфекционных болезней, как острые респираторные инфекции, диарея, корь и малярия. Эти же болезни являются причиной смерти значительно меньшего процента новорожденных: смерть от диареи наблюдается значительно реже, а от кори и малярии — крайне редко. Вмешательства, направленные на профилактику и лечение этих заболеваний у детей более старшего возраста, меньше влияют на уровень смертности в первый месяц жизни.

Из-за недоношенности и врожденных аномалий умирают более трети новорожденных, и это часто происходит в первую неделю жизни. Еще четверть новорожденных умирают вследствие асфиксии — и тоже в основном в первую неделю жизни. В поздний неонатальный период, то есть после первой недели жизни, преобладающая причина смерти — инфекция (включая диарею и столбняк); вместе эти инфекции являются причиной смерти более трети новорожденных. Хотя нужно отметить, что благодаря широкому использованию иммунизации против столбняка значение этой инфекции как причины смерти новорожденных резко уменьшилось.

Непосредственные причины смерти различаются в зависимости от региона (см. рис. 5.2). В целом, доля смертей, связанных с недоношенностью и врожденными аномалиями растет по мере снижения показателя неонатальной смертности, тогда как доля смертей, причиной которых являются инфекции, асфиксия, диарея и столбняк, снижается по мере улучшения оказания помощи. Показатели рождения детей с низкой массой тела значительно варьируют между странами *(5)*. Младенцы с низкой массой тела при рождении особенно уязвимы к опасностям первых часов и дней жизни, тем более, если они родились недоношен-

Рис. 5.3 Изменения показателей неонатальной смертности между 1995 г. и 2000 г.[a]




[a] Методы расчета в 1995 г. и 2000 г. незначительно различались.

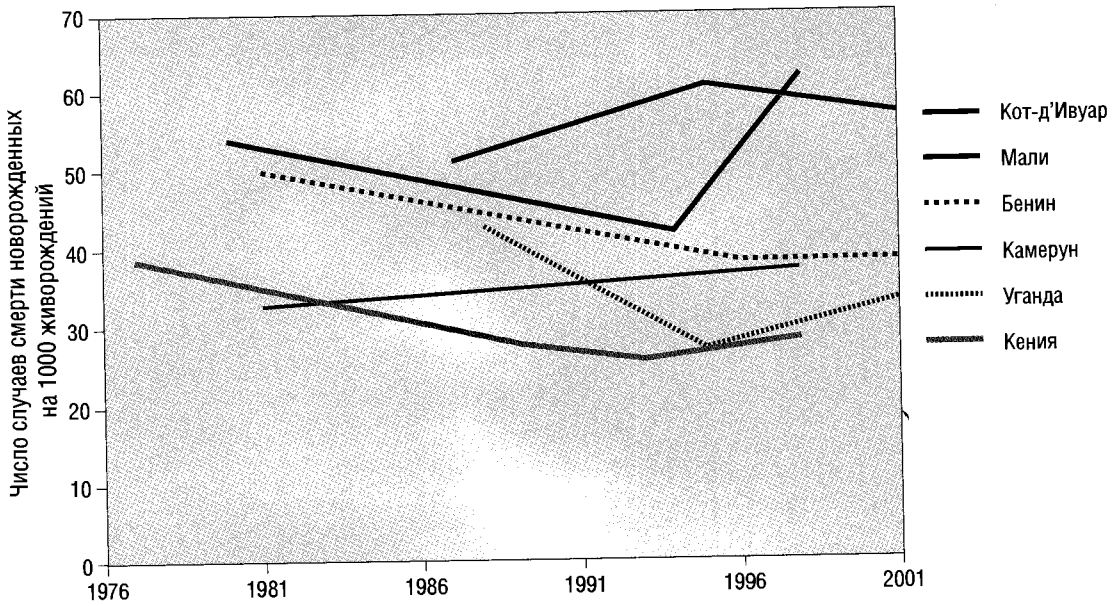
ными. Большинство детей, родившихся с низкой массой тела, обычно не являются недоношенными; они замедленно развивались в матке, как правило из-за плохого здоровья матери. Для таких детей риск смерти также повышен.

В сущности, основные причины неонатальной смертности непосредственно связаны с состоянием здоровья матери и качеством наблюдения и помощи, которые она получает до, во время и сразу же после родов. Обычно асфиксия и родовые травмы являются результатом плохого ведения родов и невозможности получить акушерскую помощь. Многие неонатальные инфекции, например столбняк и врожденный сифилис, можно предупредить при правильном наблюдении и оказании помощи во время беременности и при родах. Недостаток калорий или микроэлементов в пище матери также приводит к плохому исходу беременности *(6)*. Доказано, что примерно три четверти всех смертей в неонатальном периоде можно предупредить, если бы женщины нормально питались и получали адекватную помощь во время беременности, родов и в послеродовом периоде *(7)*.

## ПРОГРЕСС И УХУДШЕНИЕ

Оценка неонатальной смертности проводилась недостаточно долго, для того чтобы дать надежные заключения относительно существующих тенденций. Однако оценки, проведенные ВОЗ в период с 1995 г. по 2000 г., свидетельствуют о том, что в большинстве стран Америки, Юго-Восточной Азии, Европы и западной части Тихого океана наметился определенный прогресс в снижении уровня смертности среди новорожденных (см. рис. 5.3). Прогресс был менее заметен в регионе Восточного Средиземноморья (хотя средние значения по региону скрывают различия в показателях по странам), а в Африканском регионе, по-видимому, даже наблюдается рост показателей неонатальной смертности.

Рис. 5.4 Динамика неонатальной смертности в странах Африки характеризуется стагнацией и необычным регрессом




Источник данных: *(10)*

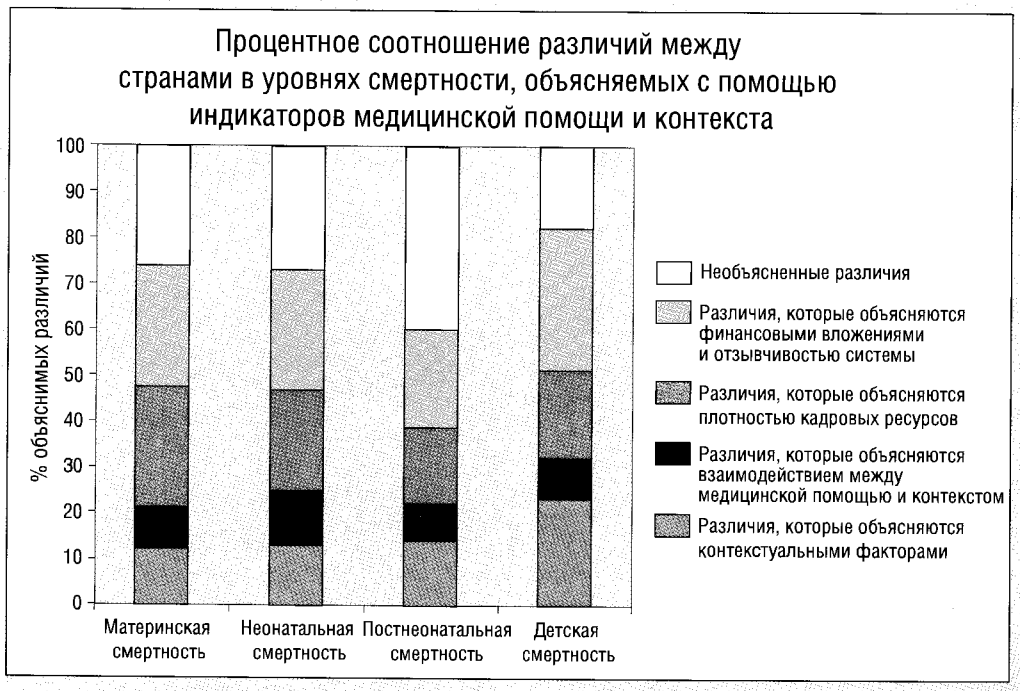
## Вставка 5.1 Объяснение различий в показателях материнской, неонатальной и детской смертности: влияние помощи или контекста?

Дебаты вокруг влияния программ в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей на снижение уровня смертности ведутся давно. Исторический анализ часто указывает на важную роль в снижении уровней смертности таких контекстуальных факторов, как здоровая окружающая среда, права женщин, образование и уровень доходов. Подчас трудно отделить эти контекстуальные влияния от воздействия, которое оказывает помощь со стороны системы здравоохранения. Бедность, например, нередко является неотъемлемой составляющей плохой работы системы здравоохранения и одновременно частью контекстуальных условий, в которых живут матери и их дети. Сегодня все соглашаются с тем, что и системы здравоохранения и окружающие условия — помощь и контекст — играют свою роль, хотя уровень их влияния на здоровье матерей и их детей может быть различным: материнская смертность в большей степени, чем детская, зависит от усилий систем здравоохранения и в меньшей степени — от контекстуальных факторов.

Один из способов определения относительного влияния медицинской помощи и контекста на показатели смертности — сопоставление уровней смертности в разных странах с различными индикаторами, характеризующими контекст или работу системы здравоохранения *(21–24)*. Достоверные оценки материнской, неонатальной, постнеонатальной и детской смертности за 2000 г. имеются для 67 развивающихся стран. Для каждой из этих стран путем анализа основных компонентов можно сконструировать шкалу оценки для медико-санитарной помощи, отражающую финансовые вложения (общие расходы и бюджетные ассигнования на здравоохранение в расчете на душу населения), плотность человеческих ресурсов (число акушерок и врачей на душу населения) и «отзывчивость» системы (определяется по индексу индивидуальной удовлетворенности). С помощью той же методики для каждой страны можно сконструировать шкалу оценки для контекстуальных факторов, используя следующие индикаторы: доход на душу населения, доход женщин, грамотность женщин, санитарные условия и доступ к чистой воде *(25)*.

Различия в показателях оценки контекста для каждой страны объясняют от 10 до 15% различий между странами в материнской, неонатальной и постнеонатальной смертности (расчет произведен по методу множественных регрессий). Они объясняют 24% различий в детской смертности. Показатели оценки медицинской помощи объясняют около 50% различий в материнской и неонатальной смертности, 37% различий в постнеонатальной смертности и 50% различий в детской смертности; при этом плотность кадровых ресурсов является основным определяющим фактором для показателей оценки медицинской помощи. Это говорит о том, что медицинская помощь и особенно кадровые ресурсы играют более важную роль в объяснении различий в уровнях смертности между странами, чем различия в контексте.

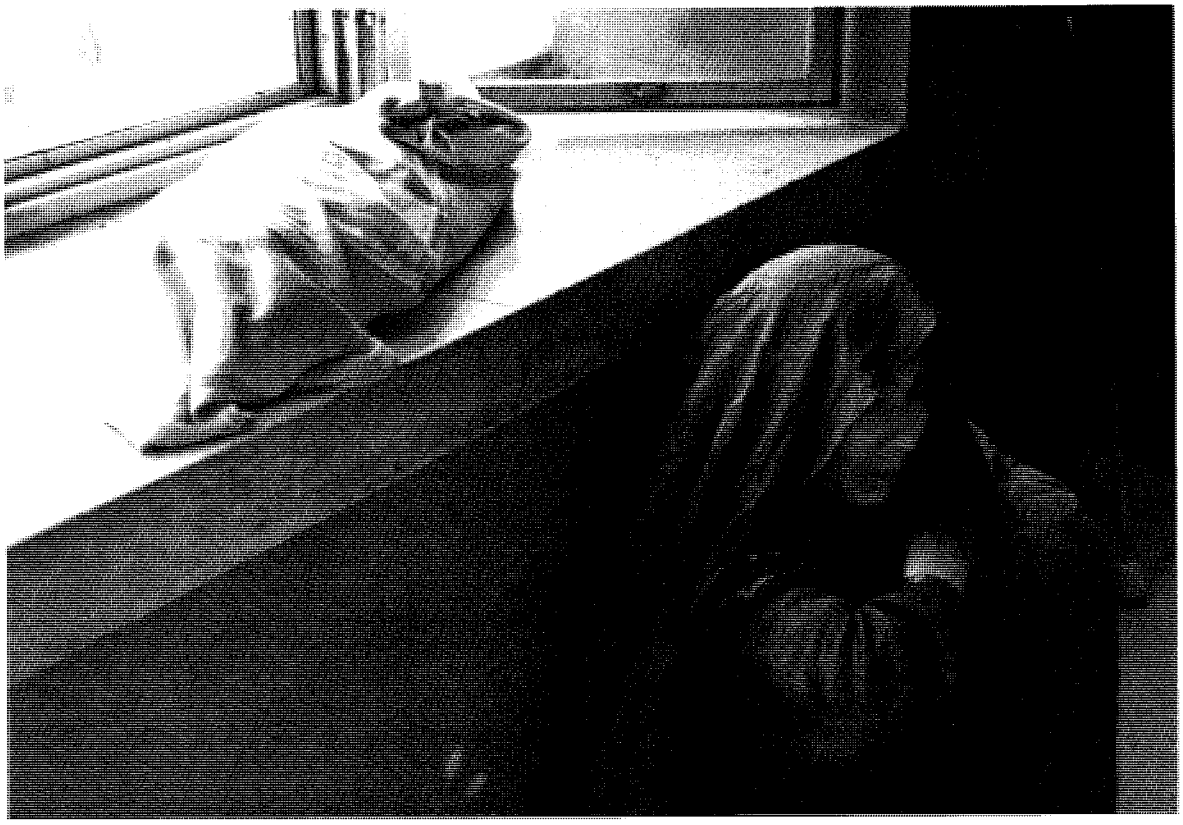
Значительная доля вариабельности в уровнях смертности объясняется взаимодействием между медицинской помощью и контекстуальными условиями. Более детальный анализ показывает, что в странах, где контекст особенно сложный, даже сильная система здравоохранения может оказывать лишь ограниченное влияние на смертность; и наоборот, там, где контекст — образование, благосостояние, окружающая среда и права женщин — благоприятен для здоровья, помощь со стороны даже слабой системы здравоохранения может способствовать постоянному снижению смертности. В целом, анализ подтверждает важность инвестиций в системы здравоохранения для снижения смертности.



Повторные социологические обследования домашних хозяйств, проведенные в 34 развивающихся странах, показали, что в большинстве их них в последние десятилетия наблюдается снижение неонатальной смертности. Наибольший прогресс касается выживаемости в поздний неонатальный период при незначительном улучшении выживаемости в первую неделю жизни *(8)*. Это перекликается с историческим опытом многих развитых стран, где неонатальная смертность (и особенно смертность в ранний неонатальный период) начинала устойчиво снижаться только через несколько лет после того как было достигнуто снижение смертности в постнеонатальный период и детской смертности *(9)*. Во многих странах показатели неонатальной смертности уменьшились до более низкого уровня, чем показатели смертности в постнеонатальный период или в период раннего детства *(10–12)*.

Обследования домашних хозяйств также показали, что начиная с 1990-х годов наблюдается регресс или стагнация в отношении показателей неонатальной смертности в странах Африки к югу от Сахары (см. рис. 5.4). Действительно, фактическое число смертей в Африканском регионе значительно возросло. Достигнутое только за последние пять лет впечатляющее падение смертности в Юго-Восточной Азии означало, что этот регион больше не является мировым лидером в показателях смертности среди новорожденных; теперь это место заняла Африка, где сегодня умирают почти 30% новорожденных.

Поворот вспять после достигнутого прогресса в улучшении здоровья новорожденных в странах Африки к югу от Сахары одновременно и тревожное и не-



N. Behring-Chisholm/WHO

Каждый год более 4 млн. детей умирают в течение 28 дней после появления на свет и около 3,3 млн. — родятся мертвыми.

обычное явление. История показывает, что регресс в снижении детской смертности часто наблюдается при ухудшении социальных условий. В Европе это касалось главным образом детей младшего возраста, умеренно сказываясь на показателях неонатальной смертности *(13)*. Скорее всего, в странах Африки к югу от Сахары причины медленного снижения как неонатальной смертности, так и смертности в более позднем детском возрасте, многочисленные и сложные. Вероятно, экономический спад и конфликты играют решающую роль, поскольку разрушительным образом влияют на возможность получить медицинскую помощь *(14–16)*. О воздействии эпидемии ВИЧ/СПИДа на смертность среди новорожденных известно меньше, чем о ее влиянии на смертность в постнеонатальном периоде. Однако у ВИЧ-положительных матерей с большей вероятностью родятся мертвые или недоношенные дети; также у детей, родившихся от ВИЧ-положительных матерей, чаще наблюдаются более низкие показатели по шкале Апгар[1] и очень низкая масса тела при рождении *(17, 18)*.

Снижение детской смертности во многих странах по крайней мере частично объясняется уровнем социально-экономического развития: прогрессом в области женского образования и в обучении женщин грамоте, повышением доходов домашних хозяйств, улучшением окружающих условий (чистая вода, санитарные и жилищные условия) при параллельном совершенствовании служб здравоохранения и улучшении питания детей *(19, 20)*. Хотя эти факторы и влияют на смертность среди новорожденных, они могут в большей степени сказываться на смертности в постнеонатальный период и в период раннего детства (см. вставку 5.1). Исторические данные являются еще одним подтверждением этой гипотезы. Имеется мало данных о том, что часто значительное снижение младенческой и детской смертности в Европе в первые несколько десятилетий XX века было вызвано улучшением медицинской помощи. В большинстве исследований доказано, что такое снижение явилось результатом воздействия нескольких факторов, в том числе повышения стандартов качества жизни и питания, снижения фертильности, снабжения безопасной водой, улучшения санитарных и жилищных условий *(26, 27)*. В это же время прогресс в снижении уровня смертности среди новорожденных был незначительным и ограничивался поздним неонатальным периодом. Особого продвижения вперед не наблюдалось примерно до начала Второй мировой войны *(28)*. Затем прогрессу способствовали расширение объема помощи и организация служб по охране материнства, повышение качества профессиональных акушерских служб, а также появившаяся возможность применения антибиотиков. Это говорит о том, что, хотя в результате общего улучшения стандартов жизни можно достигнуть ограниченного прогресса в отношении снижения смертности в поздний неонатальный период, прогресс не будет ускоряться и распространяться на ранний неонатальный период до того момента, пока соответствующие службы охраны здоровья матерей и новорожденных не станут доступными и не будут широко использоваться.

## ПОРА ЗАПОЛНИТЬ «ВАКУУМ»

Часто заявляют, что радикальное снижение числа смертей новорожденных возможно только при больших капиталовложениях в здравоохранение, позволяющих инвестировать крупные средства в современные технологии. На самом деле, имея медицинскую подготовку, медсестры и врачи могут легко приобрести необходимые навыки, не становясь узкими специалистами. Такие страны, как Колумбия и Шри-Ланка, где из 1000 новорожденных умирают меньше 15, продемонстрировали, что дорогостоящие технологии еще не являются необходимым условием успеха. Это относится также к Вьетнаму и Никарагуа, где неонатальная смертность снизилась до 15 и 17 на 1000 живорождений, соответ-

[1] По шкале Апгар производится оценка физического состояния новорожденных.

## Вставка 5.2 Выбор пола

В некоторых странах низкая общественная ценность жизни женщин и девочек отражается в выраженном предпочтении иметь ребенка мужского пола. На протяжении десятилетий это предпочтение сказывалось на многих сферах жизни, приводя к тяжелой дискриминации по отношению к девочкам, которая выражалась в пренебрежительном отношении к их потребностям в питании, образовании и медицинской помощи. Имеются также факты об умерщвлении в некоторых частях света новорожденных девочек.

Быстрое снижение уровня фертильности и тенденция к ограничению числа детей в семье одним или двумя повышает желание супругов иметь мальчика. Появление и все бо?льшая доступность оборудования для ультразвукового исследования, позволяющего определить пол плода на ранних сроках беременности, открыло возможность коммерческого использования этой медицинской технологии для предварительного выбора пола и прерывания беременности, если плод женского пола; это еще больше девальвировало ценность жизни девочек и женщин.

За последнее десятилетие в ряде стран соотношение девочек и мальчиков в возрастной группе 0–6 лет становилось все более асимметричным. Например, перепись населения в Индии показала, что в этой возрастной группе число девочек на 1000 мальчиков снизилось до 927 в 2001 г. по сравнению с 945 в 1991 г. При этом такое снижение было больше всего выражено в районах, где проживает более образованная и экономически более благополучная часть населения, имеющая возможность шире использовать коммерческие медицинские услуги. Общенациональные данные по соотношению полов при рождении в Китае и Республике Корее демонстрируют такие же быстрые изменения, которые, скорее всего, не будут устойчивыми в долгосрочной перспективе. Демографические последствия этого неблагоприятного соотношения полов уже начинают сказываться, выражаясь в дефиците молодых женщин в некоторых сообществах, что делает их в целом более уязвимыми к проявлениям насилия, включая сексуальное принуждение и продажу невест.

В Индии и в других странах многие организации, в том числе по защите прав женщин, рассматривают выбор пола до рождения как еще одну форму дискриминации против женщин и активно участвуют в движении за его запрещение. С другой стороны, в сообществах, где рождение сыновей определяет статус женщин и их права как жен, невесток и матерей, возможность определить пол будущего ребенка и сделать аборт в зависимости от пола плода, позволяют женщинам контролировать хотя бы один аспект своей жизни.

Это головоломка, которую нельзя решить, рассчитывая только на медицинские технологии. Страны, которых эта проблема особенно коснулась, такие как Индия, Китай и Южная Корея, запретили определение пола до родов и использование методов прогнозирования пола до зачатия; к другим предпринимаемым мерам относится регистрация и регулирование работы генетических лабораторий и ультразвукового оборудования, а также этическая саморегуляция деятельности медицинских профессионалов. Эти меры до сих пор не давали большой отдачи, поскольку спрос на определение пола продолжал оставаться высоким. Сегодня различные неправительственные и общественные организации включаются в широкомасштабные кампании по повышению осведомленности и внимания к этой проблеме, а также в организацию широкого общественного обсуждения девальвации жизни женщин и последствий предпочтений при выборе пола ребенка.

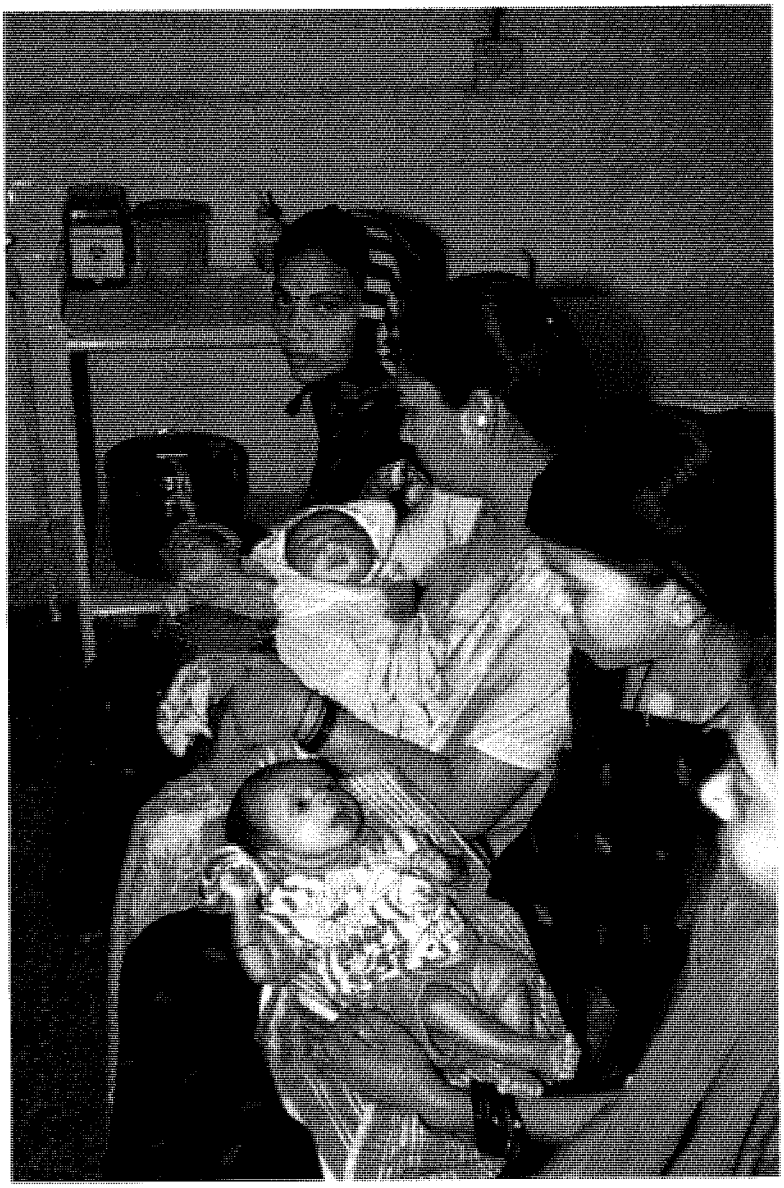
ственно, при низких затратах на здравоохранение, которые в 1990-х годах составляли всего 20 и 45 долл. США на душу населения соответственно. В странах Северной Европы хорошая организация помощи до родов, во время родов и после родов для матерей и новорожденных сопровождалась уменьшением уровня смертности еще до внедрения в начале 1980-х годов методов интенсивной терапии новорожденных *(8)*. Только после того, как низкие уровни смертности уже достигнуты, отделения интенсивной терапии, специалисты и дорогое оборудование позволяют добиться еще большего снижения. Вместо того чтобы устанавливать высокотехнологичное оборудование, необходимо найти лучший способ организации системы оказания помощи, обеспечивающей непрерывность между наблюдением и уходом во время беременности, квалифицированным родовспоможением и помощью, которая должна быть оказана матери, когда она приходит с новорожденным домой.

## Помощь во время беременности

Многое можно и необходимо делать во время беременности. Одним из наиболее экономически эффективных и простых мероприятий антенатальной помощи — иммунизация против столбняка. В районах, эндемичных по малярии, прерывистое профилактическое лечение малярии может снизить частоту рождения детей с низкой массой тела и мертворождений, а также уровни неонатальной и материнской смертности. Вакцинация против краснухи снижает частоту мертворождений и позволяет избежать развития синдрома врожденной краснухи. Диагностика и лечение инфекций репродуктивного тракта снижает риск преж-

девременных родов и смерти ребенка от сифилиса в перинатальный период. Кроме того, антенатальное наблюдение дает возможность выявить угрозу для здоровья еще не родившегося ребенка и провести консультирование по вопросам питания, подготовки к родам, родительским обязанностям и возможностям планирования семьи после родов. Понимание необходимости в информации и службах для женщин, которые хотят воспользоваться методами, позволяющими увеличить промежутки между родами, дает возможность снизить неонатальную смертность, поскольку, как было показано, при коротких промежутках между родами выживание следующего ребенка находится под угрозой *(29)*.

Эти мероприятия составляют основу эффективной антенатальной помощи. В идеале, весь пакет вмешательств должен осуществляться одним и тем же медицинским работником — акушеркой, которая будет потом помогать женщине при родах. Это наилучший способ обеспечить непрерывное предоставление помощи с начала беременности и до рождения ребенка. Однако технически предоставление антенатальной помощи можно делегировать и другим медицинским работникам, квалификация которых не предполагает обязательного владения навыками, необходимыми для ведения родов. Поскольку медицинские работники общего профиля не являются таким дефицитом, как акушерки, они могут помочь в расширении помощи. В этих случаях, однако, необходимо установить связь с теми, кто будет рядом с матерью в момент родов и рождения ребенка: мать нуждается в подготовке к родам, а службы здравоохранения должны быть готовы отреагировать на ее потребности.



P. Virot/WHO

Зачастую профессиональную помощь для новорожденных получить трудно.

## Профессиональная помощь при родах

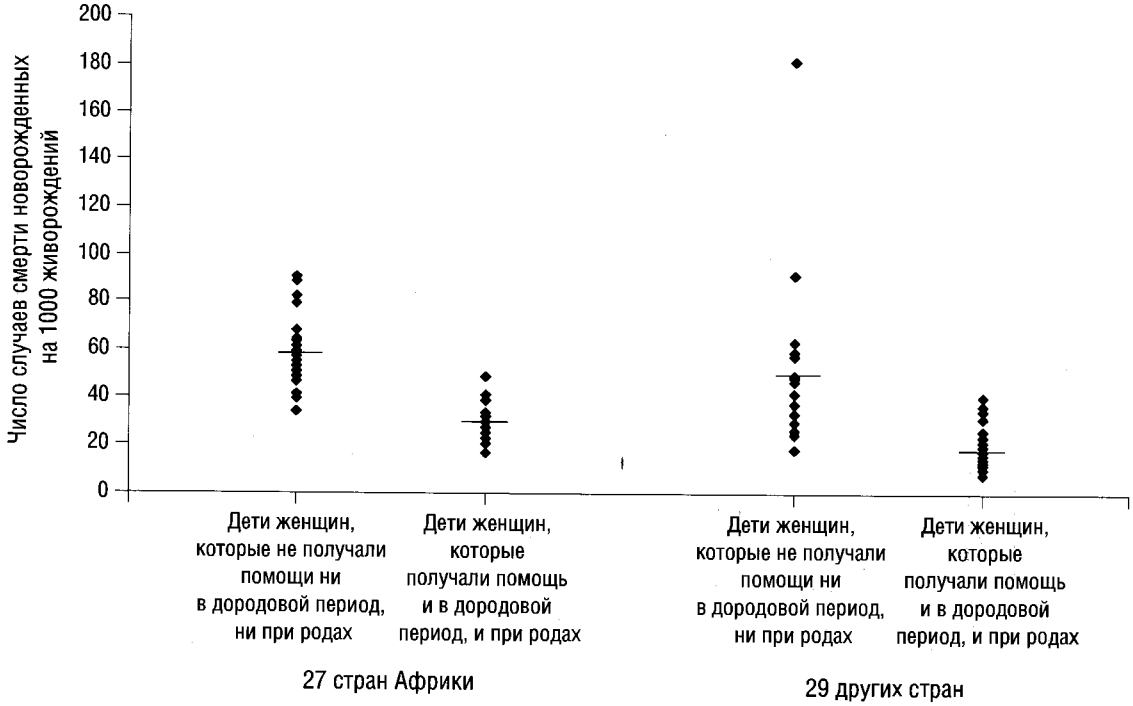
Профессиональная квалифицированная помощь при родах является одинаково важной и для ребенка, и для матери. Например, эффективная акушерская помощь гарантирует нетравматичное протекание родов и уменьшает смертность и заболеваемость, связанную с асфиксией; соблюдение асептики во время родов и обработки пуповины уменьшает риск инфекции. Квалифицированный медицинский работник может реанимировать ребенка, который, родившись, не дышит самостоятельно, а также справиться с непредвиденными осложнениями, которые могут возникнуть у матери или ребенка, либо направить их на последующий этап помощи. Когда ве-

дение родов должным образом осуществляет обученный медицинский работник, они более безопасны как для матери, так и для ребенка. Тогда в чем же заключается проблема?

Во-первых, меньше двух третей женщин в менее развитых странах и только одна треть в слаборазвитых рожают детей под наблюдением квалифицированных медицинских работников. За исключением некоторых стран, где в последнее время наблюдается улучшение ситуации, во многих частях света развитие эффективных родовспомогательных служб часто затруднено в связи с ограниченными ресурсами, отсутствием политической воли и плохо разработанными стратегиями *(30)*. Службы не в состоянии справиться не только с потребностями по оказанию помощи при родах, но и расширить охват антенатальной помощью. Даже если службы существуют, качество помощи часто низкое или социальные и финансовые барьеры не позволяют женщинам ею воспользоваться. Некоторые страны показали высокий уровень приверженности идее улучшения работы служб помощи матерям и достигли впечатляющего прогресса в расширении предоставления профессиональной помощи при родах (например, Боливия, Египет, Индонезия, Марокко и Того). Однако общая картина в Африке, где смертность новорожденных находится на высоком уровне, менее обнадеживающая. Вероятно, расширение в последующие годы объема услуг в сообществах, которые испытывают недостаток в них, будет огромной проблемой для многих стран с ограниченными ресурсами.

Вторая проблема состоит в том, что обучение профессиональных медработников, которые должны принимать роды, и фокус их внимания часто направлены почти исключительно на сохранение безопасности матери; при этом они не уделяют достаточно внимания ребенку в момент рождения

Рис. 5.5 Показатели неонатальной смертности ниже, если матери получают квалифицированную медицинскую помощь




Источник данных: Исследования по демографии и здоровью.

и в первую критическую неделю его жизни *(31)*. Забота о новорожденном входит в программы обучения и сферу ответственности акушерок, медсестер-акушерок и врачей, которые выполняют аналогичную работу. Но на практике многие из этих профессиональных медработников не владеют навыками или не имеют опыта, чтобы квалифицированно проводить все основные процедуры, необходимые новорожденному. В Бенине, Руанде, Эквадоре и Ямайке, к примеру, при оценке необходимых навыков только 57% врачей, акушерок, медсестер и врачей-интернов, которые обычно принимают роды, могли адекватно реанимировать новорожденного *(32)*. Медицинские работники могут испытывать затруднения при неожиданно возникших осложнениях, которые могут через пару часов стать угрозой для жизни, хотя необходимые для этого технологии крайне просты и недороги. Наличие лекарственных препаратов и оборудования, необходимых для оказания экстренной помощи новорожденному, обычно составляет еще бо́льшую проблему по сравнению с аналогичной ситуацией для матери.

Даже в условиях больницы резервные службы по оказанию помощи матерям и новорожденным, которые должны активизироваться при возникновении осложнений, часто действуют недостаточно оперативно; для оказания помощи новорожденным больницы могут быть недостаточно укомплектованы — как обученным персоналом, так и оборудованием. Роды в медицинском учреждении (не обязательно в больнице), где имеется обученный и квалифицированный персонал, намного безопаснее, чем роды дома. Однако в том же окружении, которое делает роды более безопасными, новорожденные могут подвергаться повышенному риску ятрогенного воздействия инфекций, злоупотребления лекарственными препаратами и неадекватных медицинских процедур. Слишком много больниц, где мать и новорожденный находятся отдельно друг от друга и поэтому матери трудно ощутить связь со своим ребенком и окружить его теплом и любовью. В настоящее время в ряде мест младенцы, которые родились в больнице, с меньшей вероятностью вскармливаются грудью, чем те, которые родились в других условиях *(33)*.

Достижение максимальной синергии между здоровьем матери и новорожденного потребует от родовспомогательных учреждений специального внимания к соответствующей подготовке персонала и организации помощи, которая учитывает потребности новорожденного. В этих учреждениях также потребуется ужесточить контроль за инфекциями, свести к необходимому минимуму медицинские вмешательства и активно пропагандировать грудное вскармливание. Роды в учреждениях, где качество предоставляемой помощи удовлетворительное, намного безопаснее для матери и ребенка, чем роды дома без профессиональной помощи.

Всеобщий доступ матерей к квалифицированной медицинской помощи при родах вместе с антенатальной помощью содержат в себе огромный потенциал для снижения бремени мертворождений и случаев смерти в ранний неонатальный период, которые составляют бо́льшую часть внутриутробной и неонатальной смертности. В большинстве стран смертность среди новорожденных, матери которых наблюдались в дородовом периоде и получали квалифицированную помощь во время родов, почти в два раза меньше, чем смертность среди новорожденных, матери которые такой помощи не получали (см. рис. 5.5). Постоянство этих отличий в самых разных странах говорит о том, что именно доступ к континууму квалифицированной помощи является их причиной.

## Уход за новорожденным в домашних условиях

Однако профессиональная помощь при родах в меньшей степени сказывается на смертности в поздний неонатальный период, когда мать и новорожденный оказываются дома без поддержки медицинских работников. Уход за новорож-

денным дома очень важен для его здоровья. Если мать умеет хорошо заботиться о ребенке (эти навыки она может освоить во время дородовых консультаций), кормит его грудью и не дает ему переохлаждаться, этого, в принципе, будет достаточно: ведь состояние новорожденности — это не болезнь. В сообществах, где существует широкая сеть общественных организаций для женщин, где женщины имеют высокий уровень мобильности, финансовую независимость, а также имеют возможность использовать качественные службы здравоохранения и информации, матери находятся в более выгодном положении, позволяющем им лучше заботиться о своих детях. Помощь в мобилизации сообществ, необходимую, чтобы двигаться в этом направлении, могут оказывать женские группы *(34)*. В Боливии поддержка движения по привлечению женщин в группы, пропагандирующие охрану здоровья новорожденных, способствовала снижению перинатальной смертности с 117 до 44 на 1000 живорождений *(35)*. В Непале создание сети женских групп привело к снижению уровня смертности новорожденных на 30%, главным образом, за счет роста уровня использования услуг здравоохранения *(36)*.

Важный аспект заботы о новорожденных — обращение за медицинской помощью при возникновении проблем. Даже новорожденные, не принадлежащие к группе особого риска, могут заболеть в первые дни после рождения; в таких случаях важно обращаться за профессиональной помощью немедленно. Всем новорожденным из групп высокого риска, например с низкой массой тела при рождении, необходима квалифицированная медицинская помощь, а их матери должны иметь возможность получить необходимый совет. Особенно чреваты проблемами первые недели жизни, поскольку нередко нет четкого распределения профессиональных обязанностей, позволяющего удовлетворить потребности новорожденных, нуждающихся в экстренной помощи.

## Обеспечение непрерывности оказания помощи

Передача ответственности за новорожденного в службы медицинской помощи детям — обычно от акушерки в медико-санитарный центр — критическая стадия, определяющая непрерывность предоставления помощи. Часто помощь новорожденным оказывается на ничейной территории. Акушерские службы считают, что их ответственность заканчивается после родов или в момент выписки матери из больницы. С другой стороны, программы по охране здоровья детей в первую очередь были рассчитаны на предупреждение смертности среди детей более старшего возраста и уделяли внимание, главным образом, вакцинопрофилактике, диарейным болезням и острым респираторным инфекциям, и значительно в меньшей степени — проблемам новорожденных. Медицинские работники, участвующие в таких программах, часто предпочитают ждать, пока мать сама принесет своего ребенка в медико-санитарный центр для вакцинации. И даже если новорожденные попадают в эти учреждения, медицинский персонал зачастую не имеет опыта или адекватной подготовки для оказания помощи таким маленьким детям. Там, где мать не может выйти с ребенком из дома, как это часто происходит во многих странах, помощь остается недоступной, пока медицинский работник сам не будет готов нанести визит. Во многих местах не существует механизма установления связи и преемственности между программами по охране здоровья матерей и подобными программами, рассчитанными на детей.

Существует настоятельная необходимость в разработке и оценке эффективных стратегий, цель которых — установить непрерывность помощи, позволяющей заполнить «вакуум», в который попадают несколько первых, критических для жизни ребенка недель. Во многих странах (особенно это касается индустриально развитых стран) существует давняя традиция патронажа — домашних посещений в ближайшие дни после родов, когда медицинский работник проверяет, как чувствуют себя мать и новорожденный. В некоторых странах та-

кие визиты — часть работы акушерок; в других — ответственность за них возлагается на педиатрических медсестер или патронажных медицинских работников. Относительные преимущества каждого из этих решений не изучены. Они зависят, очевидно, от местного и исторического контекста, и при любом варианте одна из основных проблем — правильная координация действий, чтобы помощь новорожденным не «проскальзывала» между разрозненными службами. Существующий сегодня дефицит профессиональных помощников в родах означает, что большая часть послеродовой помощи матерям и новорожденным (и особенно патронажная помощь на дому) будет в большинстве случаев смещаться от персонала родильных домов к персоналу медико-санитарных центров — медсестрам, врачам общей практики или педиатрам. Это требует повышенного внимания к их навыкам, должностным обязанностям и механизмам, обеспечивающим преемственность в оказании помощи.

Сегодня многие страны столкнулись с дилеммой: либо вкладывать средства в мероприятия, обеспечивающие непрерывность оказания помощи и доступ к профессиональной помощи при родах, либо, учитывая имеющийся дефицит квалифицированных медицинских работников, идти путем инвестирования части средств в непрофессионалов, способных до определенной степени удовлетворить потребности новорожденных в уходе, который не могут обеспечить им сами матери. Действия, предпринимаемые коммунальными медико-санитарными работниками, не имеющими медицинского образования, для того, чтобы помочь в улучшении условий жизни, облегчить женщинам и их семьям обеспечение хорошего ухода за новорожденным дома и повысить уровень использования медицинских услуг, четко продемонстрировали свою эффективность в качестве дополнения к профессиональной помощи *(3б)*. Данные о том, насколько велика польза от непрофессиональных коммунальных работников в оказании лечебной помощи новорожденным в обычном порядке, — разрозненные и вызывают разногласия. С точки зрения стратегии вопрос состоит в следующем: будет ли это дополнительным преимуществом и не будут ли издержки неиспользованных возможностей слишком высоки по сравнению с затратами на расширение профессиональной помощи и улучшение помощи на дому.

В странах и районах, где уровень охвата квалифицированной медицинской помощью в родах высокий и продолжает повышаться, развитие стратегий, предусматривающих использование непрофессиональных коммунальных работников, не будет иметь общественной или политической поддержки, если сравнивать их со стратегиями, которые направлены на предоставление всеобщего доступа. В таких странах имеет смысл сосредоточиться на еще большем ускорении процесса охвата, улучшении качества профессиональной помощи новорожденным в акушерских и педиатрических службах и на установлении преемственности с помощью на дому.

Однако дилемма действительно существует там, где охват населения квалифицированной медицинской помощью в родах очень низок. Ставка на помощь непрофессионалов привлекает возможностью сделать что-то немедленно. Хотя, в конечном счете, целью является развертывание сети эффективных профессиональных служб для того, чтобы приблизиться к уровню стран, которые начали делать это десятилетиями раньше. Существование таких профессиональных служб само по себе является предпосылкой эффективной работы непрофессионалов. Необходимо избежать ошибки, сделанной в 1980-х годах, когда стратегия увеличения масштаба профессиональных служб родовспоможения была заменена, а не дополнена, работой с традиционными (народными) повитухами (см. вставку 4.4). Равным образом коммунальные медико-санитарные работники могут дополнять деятельность профессиональных служб по предоставлению помощи новорожденным; при этом они не являются альтернативой созданию профессиональных служб — стоимость упущенных возможностей может оказаться слишком высокой.

Сегодня самое слабое звено в цепи предоставления помощи — квалифицированная помощь при родах. Центром стратегий, направленных на улучшение здоровья новорожденных, должно стать расширение возможностей для использования профессиональной помощи при родах для всех беременных женщин. Возникнет необходимость перефокусировать помощь при родах таким образом, чтобы интересы новорожденных обязательно принимались во внимание. Это нужно сделать как на первом уровне, так и при оказании резервной помощи: в последнем случае своевременное направление новорожденного к специалистам так же важно, как и при неожиданно возникающих осложнениях у матери.

Преодоление существующей сегодня фрагментации помощи новорожденным — нелегкая задача. Необходима связь между тем, что сделано до рождения ребенка и в момент родов, с тем, что будет происходить с новорожденным дома, и в службах, ответственных за предоставление медицинской помощи новорожденным, и позднее детям младшего возраста. Однако первостепенная и самая сложная задача — добиться расширения профессиональной помощи матери и ребенку достаточно быстро, чтобы положить конец ситуации, когда около половины новорожденных во всем мире лишены помощи по жизненным показаниям, на которую они имеют право.

## ПЛАНИРОВАНИЕ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВСЕОБЩЕГО ДОСТУПА

### Ориентировочные показатели потребностей в обеспечении медицинской помощью

Плохим был бы совет планировать отдельно расширение доступа к помощи для новорожденных и к помощи во время беременности, при родах и после родов. Планирование требует ориентиров. Если следовать современным рекомендациям, система медицинских учреждений для матери и ребенка должна включать как минимум одно учреждение, осуществляющее акушерскую помощь «в полном объеме» и четыре учреждения, оказывающих «базовые (основные)» необходимые акушерские услуги в расчете на 500 000 жителей, что соответствует нагрузке в 3000 родов на одно учреждение в год. Эти рекомендации не подходят для реально существующих округов здравоохранения, которые часто значительно меньше. В странах Африки к югу Сахары, где в основном наблюдается стагнация в динамике снижения уровней смертности, в среднем в округе проживают около 120 000 жителей; в Юго-Восточной Азии такие округа часто намного меньше.

Оценить потребности в помощи первого уровня для матерей и новорожденных просто: в конечном итоге доступ должны иметь все. Проблема состоит в том, как определить оптимальный уровень децентрализации, то есть найти компромисс между доступом и эффективностью.

Потребности в резервной помощи оценить труднее, так как в подобных вмешательствах будут нуждаться только некоторые матери и дети, но определить заранее, кто и сколько — невозможно. Процент матерей и их детей, которые нуждаются в резервной помощи, является предметом обсуждения. В отсутствие прочной эмпирической основы, оценки значительно варьируют *(37)*. В соответствии с современными руководствами ЮНИСЕФ, Фонда по народонаселению ООН и ВОЗ, серьезные осложнения развиваются у 15% матерей. Однако это совсем не означает, что всем им понадобится резервная помощь: со многими из этих осложнений можно справиться с помощью мероприятий первого уровня. На основе данных, полученных не так давно в законченных и в продолжающихся исследованиях, очевидно, возможен пересмотр этого процента в сторону уменьшения — до нижнего предела 7%, включая 2-3% случаев, требующих хирургического вмешательства. Доля новорожденных, нужда-

ющихся в резервной помощи, часто очень сильно недооценивается, хотя потребность в сложном оборудовании для спасения их жизней — переоценивается. Процент новорожденных, для которых резервная помощь — это выбор между шансом выжить и высоким риском умереть, видимо, составляет от 9 до 15%, хотя данных по этому вопросу мало.

В округах с числом жителей 120 000 и предположительным показателем рождаемости — 30 на 1000 жителей число матерей и новорожденных, нуждающихся в помощи первого уровня, может составлять 3600; из них для 600–650 может потребоваться резервная помощь. Бригада акушерок может легко принять как минимум 175 родов в год *(38)*. Для обеспечения помощью первого уровня всех матерей и их новорожденных детей в таком округе было бы достаточно примерно 20 акушерок или столько же обученных соответствующим навыкам сотрудников, работающих в больнице и в децентрализованных родовспомогательных учреждениях на 60–80 коек, возглавляемых акушерками.

Практичный и экономически эффективный подход — одна бригада, состоящая из 9–10 акушерок (или равноценных сотрудников), базирующаяся в больнице *(38)*. Остальные могут базироваться в других, расположенных в этом округе учреждениях, оказывающих помощь при родах. При менее плотном проживании населения решением могут быть родовспомогательные учреждения меньшего размера, в каждом из которых работают примерно пять акушерок. Это, кроме всего прочего, позволит обеспечить круглосуточную помощь, но также потребует более строго контроля качества и больших расходов на срочную эвакуацию. В больших районах с низкой плотностью населения, возможно, единственное решение — самостоятельные пункты с одной акушеркой, расположенные в деревнях; такой политики придерживается Индонезия. Это значительно расширяет доступ, но создает проблемы гарантии качества, 24-часового предоставления помощи, а также проблемы эффективности и стоимости направления в другие учреждения при неотложных ситуациях.

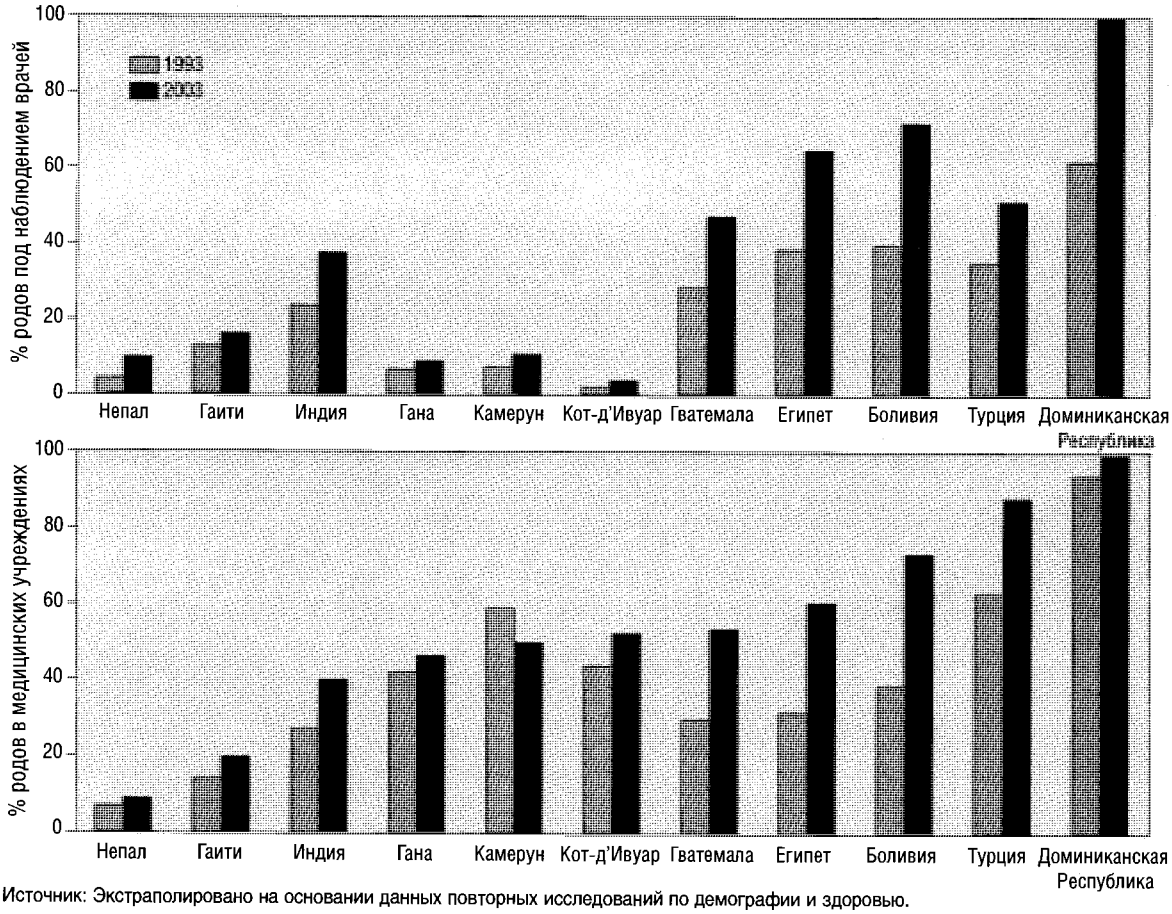
Округам такого типа требуется врач, работающий полный день, и вспомогательная бригада, которая может обслужить 600 или более матерей и новорожденных с проблемами, выходящими за пределы компетенции персонала, оказывающего помощь первого уровня. Учитывая важность круглосуточного предоставления услуг и диапазон навыков, необходимых для оказания резервной помощи, единственный акушер-гинеколог на округ — неприемлемый вариант. Другие возможности, например повышение квалификации медицинского персонала общего профиля или специализация персонала среднего звена, успешно использовались в большом числе стран, испытывающих недостаток в ресурсах. Такое повышение профессиональных навыков должно касаться всех: и тех, кто предоставляет акушерскую помощь и тех, кто обслуживает новорожденных, — последнему обстоятельству до сих пор уделялось мало внимания.

## Повод для оптимизма, основания для беспокойства

Там, где предлагаются заслуживающие доверия услуги, уровень их использования может резко повыситься. Например, в Дакаре (Сенегал), после открытия в городском родильном доме хирургического отделения число принятых здесь родов сразу же увеличилось на 80%. Несомненно, что существует огромный спрос, который только ждет удовлетворения.

В общем, имеется большое количество репрезентативных данных по странам, отражающих предоставление помощи при родах обученным персоналом; эти данные охватывают 93,5% всех живорождений. Из них известно, что 61,1% родов по всему миру принимают профессиональные медицинские работники, которые, по крайней мере в принципе, владеют основными навыками, чтобы такую помощь оказывать. Экстраполированные данные по 58 странам, отражающие 76% рождений, происходящих в развивающемся мире, показывают, что в целом ис-

Рис. 5.6 Доля родов под наблюдением врачей и родов в медицинских учреждениях растет




Источник: Экстраполировано на основании данных повторных исследований по демографии и здоровью.

пользование квалифицированной помощи при родах — а это основная характеристика помощи первого уровня — значительно возросла — с 41% в 1990 г. до 57% в 2003 г. (увеличение на 38% между 1990 и 2003 гг.). Наибольший прогресс наблюдался в Юго-Восточной Азии (с 34% в 1990 г. до 64% в 2003 г.) и в северных районах Африки (с 41% в 1990 г. до 76% в 2003 г.). Для обоих регионов это отражает увеличение более чем на 85%. Однако почти никаких изменений не наблюдается в странах Африки к югу от Сахары, где этот показатель остается в пределах 40% и является одним из самых низких в мире. В этих средних данных по региону имеются существенные различия, как между отдельными странами, так и между городскими и сельскими районами. Повышение числа родов под наблюдением квалифицированного персонала почти полностью происходит за счет повышения числа родов с участием врача. Фактически, в большинстве регионов, за исключением Африки к югу от Сахары, наблюдается уменьшение объема других типов профессиональной помощи. Как в городских, так и в сельских районах, наблюдается значительное повышение доли родов, происходящих в медицинских учреждениях (см. рис. 5.6).

Эта тенденция увеличения объема использования профессиональной помощи в учреждениях, обслуживающих матерей и новорожденных, не должна вызывать чрезмерного оптимизма. Существует множество мест, где имеются

больницы с обученными сотрудниками, а показатели смертности остаются шокирующе высокими. К примеру, в 1996 г. в Браззавиле (Конго), несмотря на имеющиеся медицинские учреждения и университетскую больницу, уровень материнской смертности составлял 645 на 100 000 *(39)*. Помощь при родах — это не просто наличие больницы с обученным персоналом, но также вопрос выполнения профессиональных обязанностей и соответствующего поведения *(40)*.

Особенно беспокоят две тенденции. Во-первых, существуют различия между навыками и компетенцией, которые формально должна гарантировать квалификация акушерки, медицинской сестры или врача, и их реальным уровнем. В фундаментальном исследовании функциональных возможностей персонала в четырех странах обнаружено мало соответствия между теоретическими знаниями и практическими навыками. Кроме того, на всех уровнях предоставления услуг обнаружены большие различия между имеющимися навыками и требованиями международных стандартов. Это также касалось важнейших навыков оказания помощи по жизненным показаниям — как новорожденным, так и их матерям *(41)*.

Во-вторых, помощь матерям и новорожденным — это та область, где коммерциализация медицинских услуг — явная или скрытая — без труда находит потребителя, позволяющего себя эксплуатировать. В Бенине и Гане плата за оказание помощи при самопроизвольных вагинальных родах составляет как минимум 2% ежегодного наличного дохода семьи; в тех случаях, когда осложнения требуют специальных вмешательств, стоимость приема родов возрастает до 34% годового наличного дохода *(42)*. При наличии обширной потенциальной клиентуры обусловленное спросом злоупотребление медицинскими технологиями — распространенная практика, создающая риск ятрогенного воздействия и экономической эксплуатации клиентов. Типичный, но далеко не единственный пример — охватившая мир эпидемия кесаревых сечений (вставка 5.3).

## Восполнение нехватки кадровых ресурсов и инфраструктуры

Сегодня становится доступной информация относительно инфраструктуры и кадров, предоставляющих помощь матерям и новорожденным, хотя пока эта информация весьма фрагментарна. Например, в Бангладеш, Бенине, Бутане, Марокко, Нигере, Никарагуа, Сенегале, Чаде и Шри-Ланке пятилетний мониторинг адекватности неотложной медицинской помощи дает пеструю картину, но при этом демонстрирует повсеместный недостаток помощи первого уровня в большинстве учреждений и не соответствующую потребностям распространенность учреждений, предоставляющих такие услуги *(54–56)*. Ситуация сильно различается в зависимости от страны, но хуже в тех странах, которые находились в состоянии стагнации или регресса в период между 1990 и 2002 гг.

Количество имеющихся коек в родильных отделениях медицинских учреждений во многих странах намного меньше потребностей и распределяется неравномерно. Однако главный недостаток — дефицит квалифицированных профессиональных кадров. Примеры того, насколько велика нехватка кадровых ресурсов, можно видеть на рис. 5.7, где вышеуказанные ориентировочные показатели сравниваются с данными подробного учета персонала на местах, как в государственных, так и в частных учреждениях. Во всех странах особенно выражен дефицит персонала, на который обычно возлагается ответственность за оказание помощи первого уровня матерям и новорожденным.

Потребуются время и деньги, чтобы справиться с таким дефицитом: спрос на акушерок, особенно вдали от больших городов велик, и во многих странах этот дефицит становится все более выраженным. Кроме того, потребуются время и деньги на развитие инфраструктуры, как для оказания первой, так и резервной помощи. Это особенно необходимо для стран, расположенных в Африке к югу от Сахары, а также для других стран, находящихся в состоянии стагнации или регресса.

## Вставка 5.3 Злоупотребление медицинскими вмешательствами (чрезмерная «медикализация»)

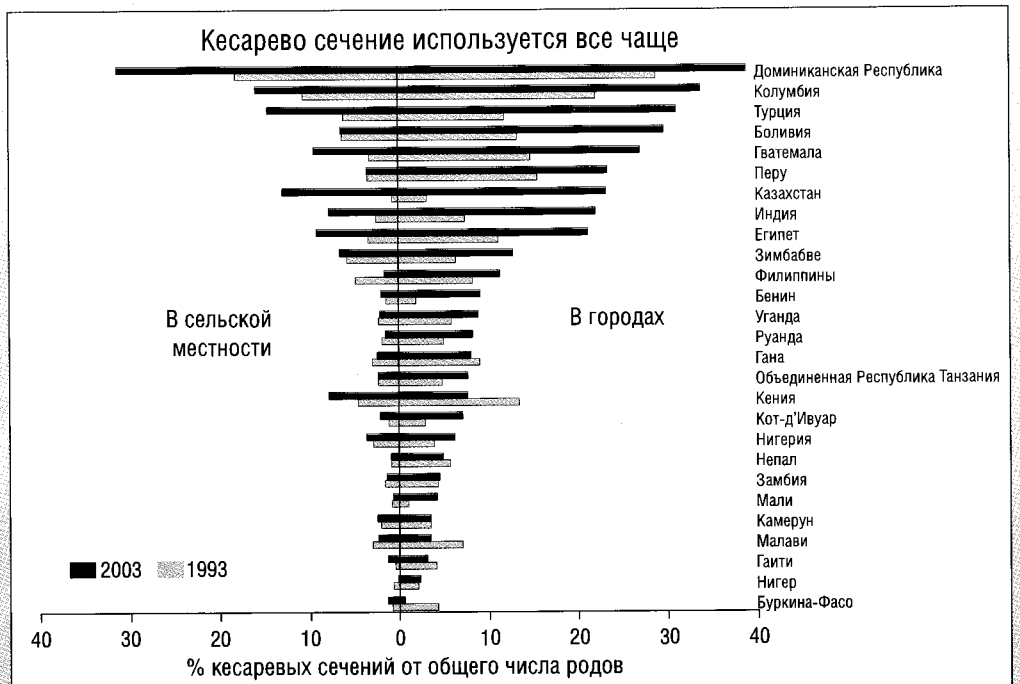
Рождение ребенка — событие, которое само по себе провоцирует злоупотребление медицинскими процедурами. Женщины и их семьи охотно следуют совету врачей, предлагающих вмешательства, которые они характеризуют как важные для жизни матери и ребенка. Нерациональный спрос, коммерческая эксплуатация или «перестраховочная» медицина — нередкое явление. Конечно, многие медицинские мероприятия сохраняют жизнь и необходимы. Но необязательные вмешательства могут нанести ничем не оправданный вред, стать причиной ненужных расходов и иметь серьезные последствия. Спрос, вызванный предложением, — одна из главных причин, заставляющих сомневаться в том, что частный сектор предоставляет услуги лучшего качества, особенно в тех случаях, когда тот, кто предоставляет услуги, стремится получить прибыль. Четыре вмешательства являются предметом злоупотреблений.

По всему миру растет число кесаревых сечений. Спасающее жизнь вмешательство при затрудненных родах или при других показаниях является рискованной операцией, и само по себе может стать причиной патологических нарушений. Кроме того, для клиентов оно связано часто с большими, а иногда с катастрофическими расходами. Несмотря на это, в некоторых странах число родоразрешений путем кесарева сечения растет вопреки здравому смыслу. В начале 1990-х гг. очень высокая частота кесаревых сечений была исключительно феноменом Латинской Америки. Похоже, что сегодня эпидемия распространилось по всему миру. За исключением Африканского региона, в городских районах большинства стран частота кесаревых сечений теперь намного превышает 10% и увеличивается в сельских. Это означает, что во многих странах это вмешательство в основном производится не исходя из медицинских показаний, без очевидной пользы для здоровья. Причины этого разнообразные, однако спрос, который создают сами врачи, преследуя личную финансовую выгоду, вносит свой вклад в эпидемию кесаревых сечений. Это страны, где защита прав потребителя становится приоритетной задачей. И, наоборот, в Африке к югу от Сахары частота кесаревых сечений остается низкой — менее 5% в городских районах и менее 2% — в сельских *(43)*. Это страны, где главное — решить проблему недостатка услуг.

Во многих богатых странах не являющиеся необходимыми вмешательства такого рода сопровождаются очень небольшим риском, но в остальных — вероятность непредвиденных опасных последствий этой операции для матери и для ребенка вполне реальна. Более того, может сложиться ситуация, когда ограниченные ресурсы будут направлены на проведение необязательных кесаревых сечений, а многие женщины, которым эта операция необходима по жизненным показаниям, не смогут ею воспользоваться. Предложены стратегии по снижению высокого числа необязательных кесаревых сечений, однако лишь некоторые из них подвергались серьезной оценке, а успех стратегий, которые оценивались, был весьма ограниченным *(44, 45)*.

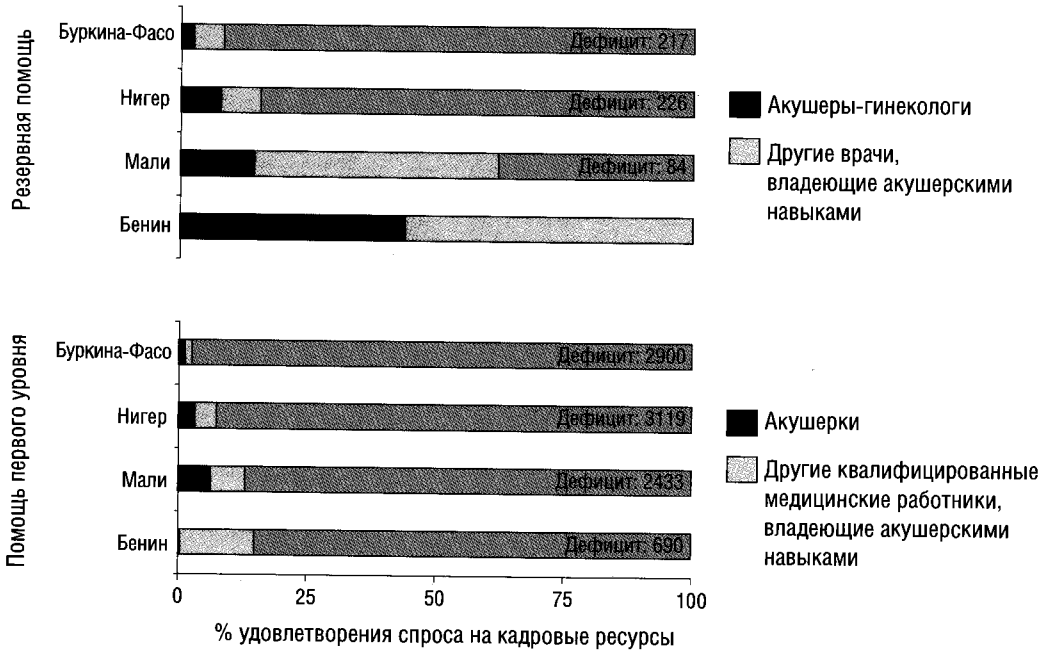
Кесарево сечение — не единственное вмешательство, которое все чаще используется без прямых медицинских показаний и приносит мало пользы, может быть опасным для женщин и часто требует от них больших расходов. Стало обычной практикой применение эпизиотомии, хотя нет убедительных доказательств, что эта процедура является средством защиты промежности от повреждения *(40, 46)*. При этом эпизиотомия ассоциируется с повышенным риском передачи ВИЧ, травмой, разрывами промежности и диспареунией. Также нет доказательств, что ранняя амниотомия полезна для женщин при нормальном течении родов; известно, что она повышает риск развития патологических состояний у плода *(47)* и передачи ВИЧ.

Другой пример — увлечение окситоцином. Препарат полезен на третьей стадии родов для уменьшения послеродового кровотечения *(48)*. Он может быть полезен также для стимулирования родовой деятельности, и его применение целесообразно, если имеются четкие показания, выявленные при мониторинге родов с использованием партограммы. Однако окситоцин все шире применяют в учреждениях, где наблюдение за родами минимально, а партограммы не используются или о них даже не имеют представления *(49, 50)*. В некоторых частях Индии, Мали, Непала и Сенегала трети женщин вводят окситоцин во время родов *(51, 52)*. Ненужное применение окситоцина, особенно там, где роды проходят без наблюдения врача, может приводить к развитию патологических состояний у плода, мертворождениям, разрыву матки и гибели матери *(52, 53)*.




Источник: Экстраполировано на основании данных повторных исследований по демографии и здоровью.

Рис. 5.7 Дефицит кадровых ресурсов в Бенине, Буркина-Фасо, Мали и Нигере, 2001 г.




Источник: Адаптировано из материалов Сети неудовлетворенного спроса на акушерскую помощь (http:/www.itg.be/uonn/).

## Сценарии расширения масштабов помощи

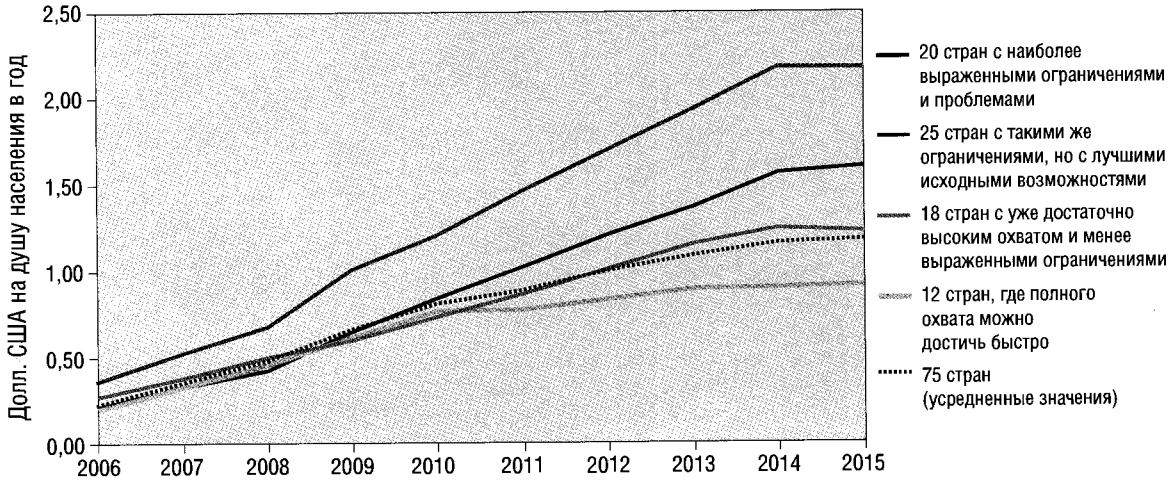
ВОЗ разработала сценарии для преодоления дефицита кадров и продвижения к универсальному доступу для матерей и новорожденных, как в отношении помощи первого уровня, так и резервной помощи, в 75 странах (с подробностями сценариев и соответствующими затратами можно ознакомиться на сайте: http/www.who.int/whr). В этих странах проживает 75% населения Земного шара, на них приходится почти 90% всех родов и примерно 95% случаев смерти матерей и новорожденных. Сегодня в этих странах около 43% детей рождаются в медицинских учреждениях под наблюдением квалифицированного персонала, хотя уровень профессиональных навыков различается значительно, и только часть матерей и их детей имеют доступ к полному набору мероприятий акушерской и неонатальной помощи. Таким образом, на повестке дня стоят два пункта: предоставить помощь всем матерям и новорожденным и повысить качество и диапазон доступных вмешательств.

Темпы наращивания потенциала зависят от специфических обстоятельств и трудностей, с которыми сталкивается каждая из стран. Вероятно, они будут самыми медленными в странах, перед которыми сегодня стоят наиболее серьезные проблемы: самый низкий уровень охвата, плохо развитая и хрупкая система здравоохранения, а также неблагоприятная общая ситуация. С учетом особых обстоятельств, которые наблюдаются в 75 странах, реалистичным представляется обеспечение доступа к полноценной помощи первого и резервного уровня для 95% матерей и новорожденных в 12 странах к 2010 г., а в 18 других странах — достижение тех же целей к 2015 г. Однако для 25 стран маловероятно увеличение охвата больше 65% к 2015 г., а достижение всеобщего доступа — до 2025 г. В четвертой группе из 20 стран, где охват услугами самый низкий, разрыв между потребностями и их удовлетворением самый глубокий, системы здравоохранения самые слабые, а окружающие условия особенно

Таблица 5.1 Ликвидация разрыва между имеющимися и необходимыми мощностями для расширения масштабов помощи первого уровня и резервной помощи матерям и новорожденным в 75 странах (от охвата 43% на сегодняшний день — до 73% к 2015 г. и до всеобщего охвата в 2030 г.)

| Ориентиры | Ликвидация разрыва |
|---|---|
| Помощь первого уровня для всех матерей и новорожденных: | Повышение квалификации и передислокация 140 000 из рассчитанных 265 000 квалифицированных медицинских работников, обслуживающих в настоящее время 43% родов |
| 1 родильный центр на 1750 родов, 1 акушерка или другой профессиональный сотрудник, владеющий акушерскими навыками, на 175 родов | Подготовка акушерок или других медработников, владеющих акушерскими навыками: 700 000 к 2030 г. (330 000 для увеличения общего кадрового фонда и 370 000 для его восполнения), 334 000 подготовить в течение первых 10 лет |
| | Модернизация и создание 37 000 родильных отделений, 24 000 — в течение первых 10 лет |
| Резервная помощь для матерей и новорожденных — как минимум для 7% матерей и 9–15% новорожденных: | Повышение квалификации 47 000 врачей и работников среднего звена для служб по оказанию резервной помощи, 27 000 в течение первых 10 лет |
| 1 больница на 120 000 жителей | Модернизация 18 000 родовспомогательных отделений в больницах, 11 000 — в течение первых 10 лет |

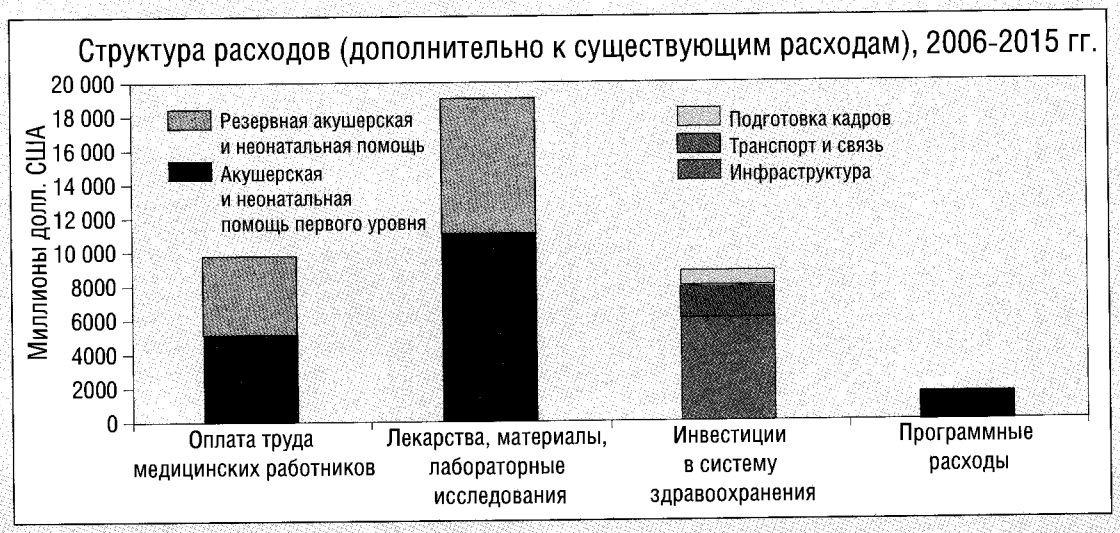
Рис. 5.8 Расходы на расширение масштаба помощи матерям и новорожденным, дополнительно к существующим затратам



## Вставка 5.4 Структура предполагаемых затрат на расширение охвата помощью матерей и новорожденных

При разработке сценариев продвижения к универсальному охвату помощью матерей и новорожденных в 75 странах основные расчеты строились вокруг расширения квалифицированной помощи первого уровня и резервной помощи при родах. Они включают полный набор вмешательств, направленных на снижение смертности и улучшение здоровья: пакет из 67 вмешательств во время беременности, родов и сразу после родов, а также в послеродовой период. Стоимость осуществления этих сценариев, дополнительно к сегодняшним затратам 75 стран увеличиваются с 1 млрд. долл. США в 2006 г. до 6,1 млрд. долл. США в 2015 г. За весь 10-летний период, вошедший с расчеты, 4% дополнительных затрат потребуется на развитие и поддержку программы. Инвестиции в системы здравоохранения (обучение, транспорт и связь, инфраструктура учреждений системы здравоохранения) составляют 22%; в соответствии со сценариями, ежегодный уровень инвестиций в системы здравоохранения удваивается между 2006 г. и 2015 г., но их часть от целого падает с 46 до 12%.

Подавляющая часть дополнительных расходов приходится на расширение помощи при родах: 460 млн. долл. США из 1 млрд. долл. США в 2006 г. и увеличение до 5,2 млрд. долл. США из 6,1 млрд. долл. США в 2015 г. (56% на помощь первого уровня и 44% на резервную помощь). После 2015 г. затраты на предоставление услуг продолжают расти как в абсолютном, так и в относительном выражении, поскольку охват также продолжает расширяться. В период 2006–2015 гг. 48% дополнительных затрат приходится на лекарственные препараты, медицинские товары и оборудование и 25% — на заработную плату и на оплату дополнительного персонала. Однако последняя оценка основана на современных уровнях оплаты, которая вряд ли является удовлетворительной для найма, удержания и перемещения медицинских работников в районы, где в них особенно нуждаются.



неблагоприятные, вероятно, можно достичь охвата в 50% к 2015 г., а достижение всеобщего доступа может потребовать еще 15 лет.

В соответствии с этими сценариями, в целом, охват помощью матерей и детей в 75 странах должен увеличиться с сегодняшних 43% (при ограниченном пакете услуг) до примерно 73% (при полном пакете услуг) к 2015 г. В таблице 5.1 показано, какие изменения в численности профессиональных медицинских работников и в инфраструктуре потребуются для того, чтобы обеспечить матерей и новорожденных таким объемом помощи первого и резервного уровня. Первая оценка потенциального влияния наращивания потенциала в этих 75 странах предполагает снижение материнской смертности с 485 (объединенные данные) на 100 000 родов в 2000 г. до 242 к 2015 г., и неонатальной смертности с 35 на 1000 живорождений до 29 к этому же году.

## Стоимость расширения масштабов помощи

Затраты на осуществление этих сценариев к 2015 г. оцениваются в 39 млрд. долл. США (увеличение расходов в связи с расширением охвата с 1 млрд. долл. США в 2006 г. до 6 млрд. в 2015 г.), дополнительно к существующим на сегодня затратам на охрану здоровья матери и ребенка. Это соответствует первоначально приблизительно 0,22 долл. США на жителя в год, увеличиваясь к 2015 г. до 1,18 долл. США (см. рис. 5.8; структура рассчитанных затрат представлена на вставке 5.4).

Из этих инвестиций 18% должны пойти на расширение доступа до 50% в 20 странах, в которых имеются наиболее серьезные проблемы (эквивалент 1,25 долл. США на душу населения в год); 17% пойдут на нужды 25 стран, которые должны достигнуть 65% охвата (0,87 долл. США на душу населения в год); 9% — для 18 стран, которые могут достигнуть 95% охвата к 2015 г. (0,74 долл. США на душу населения в год); и 56% — для 12 стран, которые могут достигнуть полного охвата к 2010 г. (0,61 долл. США на душу населения в год). Эти затраты соответствуют росту уровня государственных расходов на здравоохранение по сравнению с современным уровнем на 30%, 5%, 7% и 3% в год соответственно.

Наибольшие усилия необходимы в самых бедных странах, которые особенно зависимы от помощи извне. И это несмотря на тот факт, что оценки затрат в этих странах вероятно занижены, поскольку отражают современный уровень стоимости рабочей силы и других местных ресурсов, которые там намного дешевле, чем где бы то ни было. Правительства стран и международное сообщество должны знать, что при осуществлении сценариев процесс достижения результатов может быть самым медленным в странах, где предпринимаются наиболее значительные усилия. При поверхностном анализе может показаться, что охрана здоровья матери и новорожденного — неэффективный путь расходования мировых ресурсов, но это необходимо для уменьшения все углубляющейся пропасти между странами и достижения ЦТР во всех странах мира.

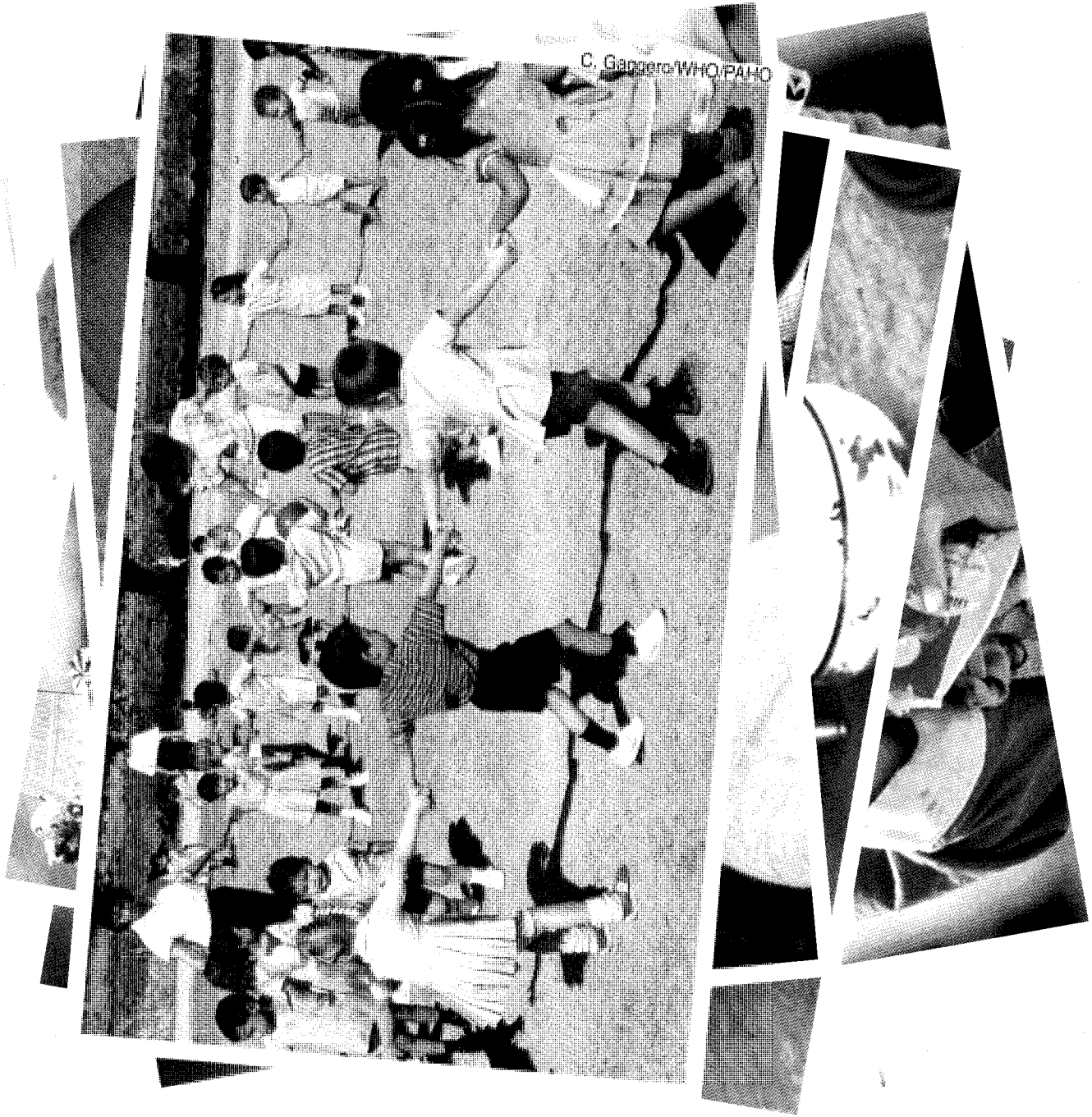
## Библиография

1. *Best practices: detecting and treating newborn asphyxia*. Baltimore, MD, JHPIEGO, 2004 (http://www.mnh.jhpiego.org/best/detasphyxia.pdf, accessed 16 February 2005).
2. Verhoeff FH, Le Cessie S, Kalanda BF, Kazembe PN, Broadhead RL, Brabin BJ. Postneonatal infant mortality in Malawi: the importance of maternal health. *Annals of Tropical Paediatrics*, 2004, 24:161–169.
3. Grantham-McGregor SM, Lira PI, Ashworth A, Morris SS, Assuncao AM. The development of low birth weight term infants and the effects of the environment in northeast Brazil. *Journal of Pediatrics*, 1998, 132: 661–666.

4. Godfrey KM, Barker DL. Fetal nutrition and adult disease. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 71(Suppl.):1344S–1352S.
5. UNICEF/WHO. *Low birthweight: country, regional and global estimates*. New York, NY, United Nations Children's Fund, 2004.
6. Caulfield L. Nutritional interventions in reducing perinatal and neonatal mortality. In: *Reducing perinatal and neonatal mortality. Report of a meeting, Baltimore, MD, 10–12 May 1999*. Baltimore, MD, Johns Hopkins School of Public Health, 1999 (Child Health Research Project Special Report, Vol. 3, No. 1).
7. Tinker A. *Safe motherhood is a vital social and economic investment*. Paper presented at: Technical Consultation on Safe Motherhood, Safe Motherhood Inter-Agency Group, Colombo, Sri Lanka, 18–23 October, 1997 (http://safemotherhood.org/resources/pdf/aa-06_invest.pdf, accessed 15 February 2004).
8. Lawn J, Zupan J, Knippenberg R. *Newborn survival*. In: Jamison D, Measham AR, Alleyne G, Breman J, Claeson M, Evans DB et al, eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. Bethesda, MD, National Institutes of Health, 2005.
9. Masuy-Stroobant G. Infant health and child mortality in Europe: lessons from the past and challenges for the future. In: Corsini C, Viazzo PP, eds. *The decline of infant and child mortality: the European experience 1750–1990*. The Hague, Kluwer Law International/ Martinus Nijhoff, 1997.
10. Hall S. *Neonatal mortality in developing countries: what can we learn from DHS data?* Southampton, Southampton Statistical Sciences Research Institute, 2005 (Applications & Policy Working Paper, A05/02; http://eprints.soton.ac.uk/14214, accessed 15 February 2005).
11. Hill K, Pande R. *The recent evolution of child mortality in the developing world*. Arlington, VA, BASICS (Basic Support for Institutionalizing Child Survival), 1997 (Current Issues in Child Survival Series).
12. Curtis S. *An assessment of the quality of data used for direct estimation of infant and child mortality in DHS II surveys*. Calverton, MD, Macro International Inc., 1995 (Demographic and Health Surveys Occasional Paper, No. 3).
13. Reher D, Perez-Moreda V. Assessing change in historical context: childhood mortality patterns in Spain during demographic transition. In: Corsini C, Viazzo PP, eds. *The decline of infant and child mortality: the European experience 1750–1990*. The Hague, Kluwer Law International/Martinus Nijhoff, 1997.
14. Hanmer L, White H. *Infant and child mortality in sub-Sarahan Africa. Report to Sida*. The Hague, Institute of Social Studies, 1999.
15. Simms C, Milimo JT, Bloom G. *The reasons for the rise in childhood mortality during the 1980s in Zambia*. Brighton, University of Sussex, Institute of Development Studies, 1998 (Working Paper 76).
16. Costello A, White H. Reducing global inequalities in child health. *Archives of Disease in Childhood*, 2001, 84:98–102.
17. Ticconi C, Mapfumo M, Dorrucci M, Naha N, Tarira E, Pietropolli A et al. Effect of maternal HIV and malaria infection on pregnancy and perinatal outcome in Zimbabwe. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2003, 34:289–294.
18. Brocklehurst P, French R. The association between maternal HIV infection and perinatal outcome: a systematic review of the literature and meta-analysis. *British Joumal of Obstetricts and Gynaecology*, 1998, 105:836–848.
19. Rutstein SO. Factors associated with trends in infant and child mortality in developing countries during the 1990s. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78:1256–1270.

20. Cornia A, Mwabu G. *Health status and health policy in sub-Saharan Africa: a longterm perspective*. Helsinki, United Nations University/World Institute for Development Economics Research, 1997.
21. Anand S, Вдrnighausen T. Human resources and health outcomes: cross country econometric study. *Lancet*, 2004, 364:1603–1609.
22. Bulatao RA, Ross JA. Which health services reduce maternal mortality? Evidence for ratings of maternal health services. *Tropical Medicine & International Health*, 2003, 8:710–721.
23. Shiffman J. Can poor countries surmount high maternal mortality? *Studies in Family Planning*, 2000, 31:274–289.
24. Filmer D, Pritchett L. The impact of public spending on health: does money matter? *Social Science and Medicine*, 1999, 49:1309–1323.
25. Matthews Z, Ensor T, Amoako-Johnson F, Van Lerberghe W. socioeconomic and health system determinants of maternal, newborn and child mortality (unpublished IMMPACT/ WHO background paper for *The World Health Report*).
26. Werner D, Sanders D. *Questioning the solution: the politics of health care and child survival*. Palo Alto, CA, Heathwrights, 1987.
27. Loudon I. *Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality, 1800–1950*. Oxford, Clarendon Press, 1992.
28. MacFarlane A. *Birth counts: statistics of pregnancy and child birth* [CD-Rom]. London, The Stationery Office, 2000.
29. Mahy M. *Childhood mortality in the developing world: a review of evidence from the Demographic and Health Surveys*. Calverton, MD, Macro International Inc., 2003 (DHS Comparative Reports, No.4).
30. Inter-Agency Group on Safe Motherhood. *The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade. Report of the Safe Motherhood Technical Consultation, 18–23 October 1997, Colombo, Sri Lanka* (http://www.safemotherhood.org/resources/pdf/e_action_agenda.PDF, accessed 16 February 2005).
31. MacDonagh S. *Creating synergies in maternal and neonatal health services*. London, Department for International Development, 2003 (unpublished Options working paper undertaken on behalf of DFID).
32. Harvey SA, Ayabaca P, Bucagu M, Djibrina S, Edson WN, Gbangbade S et al. Skilled birth attendant competence: an initial assessment in four countries, and implications for the Safe Motherhood movement. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2004, 87:203–210.
33. Bautista LE. Duration of maternal breast-feeding in the Dominican Republic. *Revista Panamericana de Salud Pъblica/Pan American Journal of Public Health*, 1997, 1:104–111.
34. *Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/FCH/RHR/03.11).
35. O'Rourke K, Howard-Grabman L, Seoane G. Impact of community organization of women on perinatal outcomes in rural Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pъblica/Pan American Journal of Public Health*, 1998, 3:9–14.
36. Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM et al. and MIRA. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 2004, 364:970–979.
37. Maine D, McCarthy J, Ward V. *Guidelines for monitoring progress in reduction of maternal mortality*. New York, NY, United Nations Children's Fund, 1992.
38. Van Lerberghe W, Lafort Y. The role of the hospital in the district; delivering or supporting primary health care? *Current Concerns SHS Papers*, 1990:1–36.

39. Le Coeur S, Pictet G, M'Pelй P, Lallemant M. Direct estimation of maternal mortality in Africa. Lancet, 1998, 352:1525–1526.
40. Buekens P. Over-medicalisation of maternal care in developing countries. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 2001, 17, 195–206.
41. Harvey SA, Ayabaca P, Bucagu M, Djibrina S, Edson WN, Gbangbade S et al. Skilled birth attendant competence: an initial assessment in four countries, and implications for the Safe Motherhood movement. *International Journal of Gynaecolology and Obstetrics*, 2004, 87:203–210.
42. Borghi J, Hanson K, Acquah CA, Ekanmian G, Filippi V, Ronsmans C et al. Costs of nearmiss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. *Health Policy and Planning*, 2003, 18:383–390.
43. Buekens P, Curtis S, Alayon S. Demographic and Health Surveys: caesarean section rates in sub-Saharan Africa. *BMJ*, 2003, 326:136.
44. Kristensen MO, Hedegaard M, Secher NJ. Can the use of cesarean section be regulated? A review of methods and results. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, 1998, 77:951–960.
45. Walker R, Turnbull D, Wilkinson C. Strategies to address global cesarean section rates: a review of the evidence. *Birth*, 2002, 29:28–39.
46. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 1999, 3:CD000081.
47. Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1999, 4:CD000015.
48. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, 4:CD001808.
49. Jeffery P, Jeffery R, Lyon A. Labour pains and labour power, London, Zed Books, 1989.
50. Van Hollen C. Invoking vali: painful technologies of modern birth in south India. *Medical Anthropology Quarterly*, 2003, 17:49–77.
51. Bouvier-Colle MH, Prual A, de Bernis L et le groupe MOMA. *Morbiditй maternelle en Afrique de l'Ouest. Resultats d'une enquete en population a Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ougadougou, Saint-louis et Kaolack [Maternal mortality in West Africa. Results from a population-based survey in Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ougadougou, Saint-louis et Kaolack].* Paris, Ministиre des Affaires Etrangиres – Cooperation et Francophonie, 1998.
52. Ellis M, Manandhar N, Manandhar DS, Costello AM. Risk factors for neonatal encephalopathy in Kathmandu, Nepal, a developing country: unmatched case-control study. *BMJ*, 2000, 320:1229–1236.
53. Dujardin B, Boutsen M, De S, I, Kulker R, Manshande JP, Bailey J et al. Oxytocics in developing countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1995, 50:243–251.
54. AMDD Working Group on Indicators. Program note. Using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services in Morocco, Nicaragua and Sri Lanka. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2003, 80:222–230.
55. AMDD Working Group on Indicators. Program note. Using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services: Bhutan, Cameroon and Rajasthan, India. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2002, 77: 277–284.
56. Goodburn EA, Hussein J, Lema V, Damisoni H, Graham W. Monitoring obstetric services: putting the UN guidelines into practice in Malawi. I: developing the system. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2001, 74:105–117.


C. Gangoro/WHO/PAHO

глава шестая

# реформа помощи детям: выживание, рост и развитие

**Накоплены знания, как снизить уровень детской смертности, и технически осуществимы эффективные вмешательства в странах и районах, которые особенно в них нуждаются. В этой главе говорится о том, какие усилия необходимы сегодня для осуществления таких вмешательств в более широких масштабах. В течение второй половины прошлого века внимание переместилось с болезней на самих детей и с изолированной деятельности медико-санитарных центров на непрерывное оказание помощи с вовлечением семей и сообществ, медико-санитарных центров и больниц последующих уровней оказания помощи. Расширялось и видоизменялось наше понимание того, какими основными навыками должны владеть матери, чтобы обеспечивать адекватный уход за своими детьми. Поскольку программы по охране здоровья детей продолжают двигаться в сторону интеграции, мы должны продвигаться от маломасштабных проектов к универсальным, которые будут охватывать тех детей, которые сегодня находятся вне сферы нашего внимания. И наконец, в этой главе представлены данные о дополнительных затратах на увеличение масштаба деятельности, которое необходимо для охвата всех детей эффективными вмешательствами и для достижения Целей тысячелетия в области развития.**

## УЛУЧШЕНИЕ ШАНСОВ НА ВЫЖИВАНИЕ

### Амбиции движения за распространение первичной медико-санитарной помощи

В 1970-е годы социально-экономическое развитие и улучшение основных условий жизни — чистая вода, уровень санитарии и питание — рассматривались как основные предпосылки для улучшения здоровья детей. Движение за предоставление первичной медико-санитарной помощи с его стремлением к преодолению лежащих в основе плохого здоровья социальных, экономических и политических причин не только впитало эту идею, но и наметило стратегию, которая должна была ответить более справедливо, адекватно и эффективно на основные потребности в помощи такого рода. Одновременно с мероприятиями по охране здоровья, в которых участвовали различные сектора, вовлечением общин и опорой на собственные силы, первичная медико-санитар-

ная помощь означала универсальный доступ к помощи и полный охват на основе потребностей. Большую часть стратегий по оказанию первичной медицинской помощи разрабатывали, ставя во главу угла здоровье детей.

Амбиции в отношении развития первичной медико-санитарной помощи были огромны. Для внедрения стратегии требовалось перераспределить ресурсы, переориентировать медицинских работников и полностью пересмотреть структуру, планирование и руководство системой здравоохранения. Совершенно ясно, что это было долгосрочное предприятие, для которого требовался значительный приток материальных ресурсов.

## Успехи вертикальных программ

Однако экономическая ситуация в конце 1970-х годов не позволяла увеличить финансовые вложения в сектор здравоохранения. Втиснуть системы первичной медико-санитарной помощи в контекст уменьшающихся ресурсов было безнадежной задачей. Пока страны боролись со сложностями долговременного социально-экономического развития, здоровье детей — и особенно выживание детей — превратилось в такую неотложную проблему, что необходимость в немедленных действиях стала очевидной. Поэтому в начале 1980-х годов многие страны сместили акцент с систем первичной медико-санитарной помощи на вертикальные «одноцелевые» программы, которые обещали быстрый результат при низких затратах.

Наиболее заметной иллюстрацией этих изменений в 1980-х годах стала инициатива Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) «Революция выживания детей»; она была построена вокруг пакета мероприятий, обозначенных аббревиатурой GOBI (Growth monitoring, Oral rehydration therapy for diarrhoea, Breastfeeding, and Immunization) — мониторинг роста, пероральная регидратационная терапия при диарее, грудное вскармливание и иммунизация. Доноры и министерства здравоохранения с энтузиазмом откликнулись на инициативу, особенно на мероприятия, приоритетом которых была иммунизация и пероральная регидратационная терапия. Многие страны развернули программы для их осуществления. Подобно программам по малярии и оспе 1950-х и 1960-х годов, каждая из них имела свою собственную администрацию, бюджет и обладала значительной автономией от служб традиционной системы здравоохранения.

Проведению этих программ благоприятствовала поддержка со стороны специальных программ ВОЗ: в середине 1970-х годов это была Расширенная программа иммунизации и позднее программы, разработанные для поддержки национальных программ по борьбе с диарейными болезнями и острыми респираторными инфекциями. На национальном уровне такие вертикальные программы позволяли успешно бороться с рядом наиболее важных заболеваний.

Расширенная программа иммунизации стартовала в 1974 г. и включала более широкий по сравнению со стандартным набор вакцин — кроме противооспенной, БЦЖ и КДС были включены вакцины против полиомиелита и кори. Она была направлена на расширение охвата и отражала международную приверженность идее достижения охвата универсальной иммунизацией 80% детей в каждой стране. В 1980-х годах действительно наблюдалось огромное увеличение охвата (см. рис. 2.2 в главе 2). В 1988 г., когда на Всемирной ассамблее здравоохранения была поставлена задача искоренить полиомиелит, в мире было зарегистрировано около 350 000 случаев этого заболевания; к январю 2005 г. таких случаев было только 1185. Благодаря настойчивым усилиям в поддержку иммунизации смертность от кори между 1999 г. и 2003 г. снизилась на 39% *(1)*, а по сравнению с уровнями 1980-х годов — на 80%. Активные действия по увеличению охвата и расширению спектра вакцин продолжаются. График вакцинации постоянно пересматривается по мере того как становятся доступными новые вакцины, например против гепатита В и инфекции, вызван-

ной *Haemophilus influenzae* типа b, а в ближайшем будущем — против инфекций, вызванных ротавирусом (диарея) и пневмококком (пневмония).

В этих вертикальных программах сочетались современные методы управления и простые технологии, основанные на серьезных научных исследованиях. Их прототипом была пероральная регидратационная терапия — «медицинское открытие века» *(2, 3)* — дешевый и эффективный способ обуздания смертности от диареи. Широкое распространение этого метода оказало значительное влияние на снижение числа смертей от диареи: с 4,6 млн. в год в 1970-х до 3,3 млн. в год — в 1980-х и до 1,8 млн. — в 2000 г.

По мере того как смертность от диареи и от болезней, против которых проводилась вакцинация, снижалась, на первый план в качестве причины смерти вышла пневмония, и в начале 1980-х годов были разработаны программы, которые использовали упрощенные методы диагностики и лечения этого заболевания. Одновременно при поддержке таких международных инициатив, как Международный свод правил маркетинга заменителей грудного молока (принят Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1981 г.) и Глобальная стратегия по питанию детей грудного и раннего возраста (поддержана Всемирной ассамблеей здравоохранения и Исполнительным комитетом ЮНИСЕФ в 2002 г.), продолжалась пропаганда грудного вскармливания. Успехи в этой области были достигнуты благодаря новым представлениям об оптимальной продолжительности исключительно грудного вскармливания и способах вскармливания младенцев, родившихся от матерей, инфицированных ВИЧ. Страны широко внедряли инициативу «Больницы, доброжелательные к ребенку», пропагандируя грудное вскармливание в роддомах. В 1990 г. меньше одной пятой матерей кормили детей исключительно грудью в течение четырех месяцев; к 2002 г. эта цифра удвоилась и составила 38%.

Используя такие программные подходы, некоторые страны продемонстрировали впечатляющие успехи и вышли за рамки небольшого числа приоритетных программ, которые имели международную поддержку. В Тунисе, например, использовали организационный опыт, приобретенный при проведении первых успешных программ, и направили свои усилия на решение широкого диапазона медицинских проблем, организуя распространение таких программ через сеть медико-санитарных центров и больниц. В этой стране показатели смертности среди детей до пяти лет снизились на 50% между 1970 г. и 1980 г., на 48% — между 1980 г. и 1990 г. и на 46% — между 1990 г. и 2000 г.

## ВРЕМЯ МЕНЯТЬ СТРАТЕГИЮ

### Объединение более широкого спектра вмешательств

При всех впечатляющих результатах описанных выше вертикальных подходов вскоре стали очевидны присущие им ограничения. В своей ежедневной практике медицинские работники вынуждены сталкиваться с самыми разнообразными ситуациями и медицинскими проблемами. Беспокойное поведение ребенка, высокая температура и отказ от еды могут быть вызваны одним заболеванием, например дизентерией, или комбинацией заболеваний, например малярией и пневмонией *(3–8)*. Одноцелевые программы были построены таким образом, что не могли дать рекомендации, как поступать в таких ситуациях. Возникла настоятельная необходимость в разработке более комплексного подхода к потребностям ребенка, который позволил бы решать проблемы, с которыми медицинские работники сталкиваются на рабочих местах *(4)*, и обеспечить более широкий диапазон ответных действий, чем позволяли существующие программы. Они были нацелены на основные, наиболее важные причины смерти, и частично как результат их успеха профиль смертности изменялся. Например,

смертность от диареи сегодня составляет 18% детской смертности по сравнению с 25% в 1970-х годах (см. вставку 6.1).

Ответом на эту новую ситуацию стал набор простых, доступных и эффективных вмешательств, предназначенных для комбинированного ведения случаев основных детских болезней и недостаточности питания, получивший название «интегрированное ведение болезней детского возраста» (ИВБДВ). В него входили эффективные мероприятия по предупреждению смерти и улучшению роста и развития ребенка: пероральная регидратационная терапия при диарее; антибиотики при сепсисе, пневмонии и отитах; противомалярийные средства и обработанные инсектицидами надкроватные сетки; витамин А, лечение анемии, пропаганда грудного вскармливания и дополнительное питание для здорового роста и в период выздоровления; иммунизация. Некоторые страны включили сюда рекомендации по лечению детей с ВИЧ/СПИДом, другие — по лечебным мероприятиям при лихорадке денге, бронхоспазме, ангине или по наблюдению за здоровыми детьми.

## Уделять внимание детям, а не только болезням

Вторым обоснованием для использования более всестороннего подхода явилось признание того, что здоровье детей зависит не только от борьбы с огра-

J.M. Giboux/WHO

В 1988 г., когда Ассамблея Всемирной организации здравоохранения приняла решение искоренить полиомиелит, в мире было зарегистрировано около 350 000 случаев этого заболевания; к январю 2005 г. число таких случаев составило 1185.

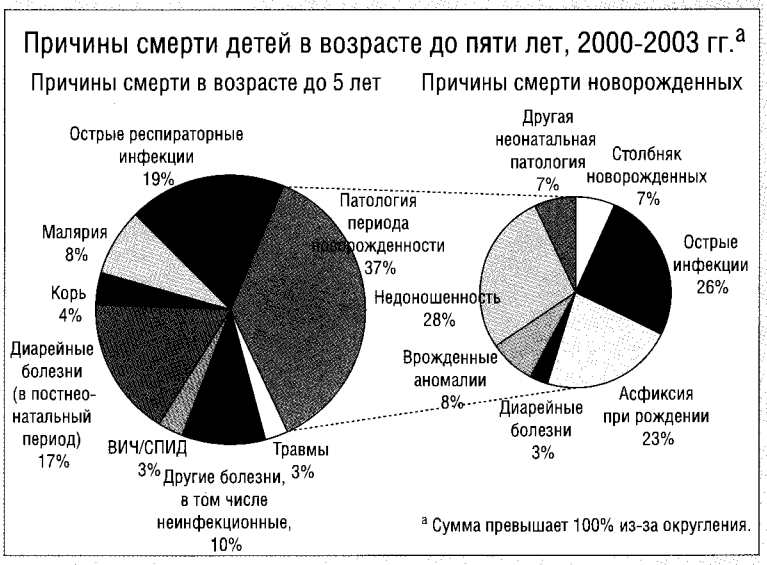
## Вставка 6.1 От чего сегодня умирают дети?

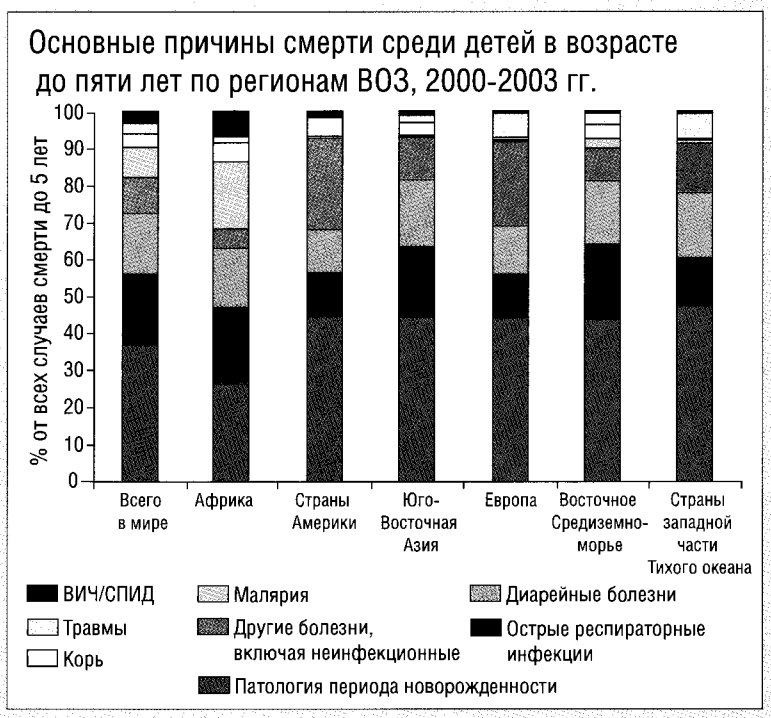
Несмотря на устойчивое снижение числа случаев смерти в последние десятилетия, ежегодно все еще около 10,6 млн. детей умирают, не достигнув пятилетнего возраста. Почти все эти дети умирают в странах с низким и средним уровнем доходов. Глобальная картина причин, от которых умирают дети, прояснилась в последние несколько лет благодаря совместным усилиям ВОЗ, ЮНИСЕФ и группы независимых технических экспертов (Группа экспертов по эпидемиологии детских болезней).

Причиной большинства случаев смерти детей в возрасте до пяти лет все еще является совсем небольшое число заболеваний, и их можно было бы предупредить с помощью известных вмешательств. От 70% до более 90% случаев смерти вызваны шестью болезнями. Это острые инфекции нижних дыхательных путей, в основном пневмония (19%), диарейные болезни (18%), малярия (8%), корь (4%), ВИЧ/СПИД (3%) и патологические состояния периода новорожденности, главным образом, недоношенность, асфиксия при рождении и инфекции (37%).

Нарушения питания повышают риск смерти от этих заболеваний. Свыше половины случаев смерти наблюдается среди детей с пониженной массой тела. Относительное значение различных причин смерти изменялось по мере снижения смертности от диареи и многих болезней, против которых проводилась вакцинация. Относительная доля ВИЧ/СПИДа в общей смертности среди детей младше пяти лет неуклонно росла, особенно в странах Африки к югу от Сахары: в 1990 г. в Африканском регионе она составляла 2% смертности среди детей младше пяти лет, а в 2003 г. эта цифра увеличилась приблизительно до 6,5%.

Суммирование данных по регионам и странам маскирует существенные различия в распределении причин смерти. Приблизительно 90% всех случаев смерти детей от малярии и ВИЧ/СПИДа, более 50% случаев смерти от кори и около 40% — от пневмонии и диареи происходят в Африканском регионе. С другой стороны, случаи смерти от травм и неинфекционных болезней, не относящихся к врожденным аномалиям, составляют 20–30% всех случаев смерти среди детей в возрасте до пяти лет в странах Американском и Европейском регионах, а также регионе западной части Тихого океана.



ниченным числом болезней, которые являются непосредственной причиной смерти.

По мере того как становились более доступными соответствующие технологии, постепенно изменялась суть взаимоотношений и общения между медицинскими работниками и родителями. Раньше при оказании ребенку помощи в медицинском учреждении родственники получали лишь общие сведения о лечении и минимум инструкций о том, как проводить назначенное лечение дома. Однако применение пероральной регидратационной терапии привнесло новый элемент в отношения между семьей и медицинским учреждением. Теперь, во время посещения больницы членов семьи стали обучать, как готовить и давать ребенку солевой раствор для регидратационной терапии *(9–11)*, как распознавать признаки болезни и немедленно начинать лечение дома; для того чтобы сделать лечение более доступным, их также обучали, как использовать жидкости, которые имеются под рукой в домашних условиях. Это привело не только к организации систематического процесса инструктирования и консультирования, но и к установлению новых партнерских взаимоотношений между медицинскими работниками и населением.

При внедрении программ по охране здоровья ребенка обнаруживается множество детей с дефицитом питания. Некоторые из них недоедают просто из-за недостатка пищи, но значительно чаще — из-за инфекции или неправильной практики вскармливания, или из-за того и другого *(4, 12)*. Консультирование по практике вскармливания естественным образом превратилось в неотъемле-

WHO

Объединение простых, доступных и эффективных вмешательств. На снимке: вакцинация вьетнамского мальчика.

мый элемент ИВБДВ, что, как и в случае пероральной регидратационной терапии, стимулировало медицинских работников устанавливать новый тип взаимоотношений с матерями. Теперь они не просто задавали несколько вопросов и назначали лечение: необходимо было выявить проблемы, связанные с кормлением ребенка, и совместно с матерью найти их приемлемое решение. Консультирование такого типа более эффективно, хотя требует соответствующей обстановки и специальной подготовки медицинского работника *(13, 14)*.

Следующий логический шаг — нужно было уделять больше внимания физическому и психосоциальному развитию детей. Здоровье и развитие ребенка напрямую зависит от взаимоотношений между ребенком, родителями и другими людьми, осуществляющими уход за ним. Главное для тех, кто заботится о ребенке, — восприимчивость к его состоянию и потребностям, способность правильно их интерпретировать, а затем быстро и правильно отреагировать на них *(15)*. Это является определяющим фактором здорового роста *(16–19)*; отсутствие чуткого, внимательного ухода ведет к нарушениям питания и задержке роста *(20–22)*. Влияние такого ухода как на развитие здоровых познавательных и социальных навыков, так и на выживание, имеет убедительное научное обоснование *(18, 23)*.

Новые данные, накопленные в 1990-х годах, показывают, что можно помочь матерям развить навыки, чтобы они могли лучше общаться со своими маленькими детьми и стимулировать их развитие *(24)*. Навыки, необходимые для правильного вскармливания, стимулирования психосоциального развития ребенка и своевременного обращения за медицинской помощью, тесно связаны между собой *(24)*, и улучшение одного из них положительно влияет на остальные. Даже в трудных социальных и экономических условиях или если мать не может полноценно заботиться о ребенке из-за депрессии, можно с успехом способствовать развитию и обучению чуткости и отзывчивости тех, кто осуществляет уход за ребенком *(24)*. Необходимы особые усилия для работы с приемными родителями и с детьми, живущими самостоятельно, без опеки взрослых. Задача состоит в интеграции этих новых знаний в программы общественного здравоохранения.

В самой родительской природе заложена забота о здоровом росте, психическом и социальном развитии детей. Однако медицинские работники, работающие в условиях ограниченных ресурсов, на протяжении долгого времени рассматривали наличие такой заботы скорее как нечто из ряда вон выходящее или находящееся вне сферы их влияния. Стратегия ИВБДВ изменила эту ситуацию и, таким образом, создала новые задачи и перспективы для программы, которая не была уже просто технической, а превратилась в партнерство родителей и медицинских работников.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Идея интеграции имеет долгую историю. Интеграция подразумевает удовлетворение потребности в различных, дополняющих друг друга службах и административных структурах для достижения общих целей. В 1950-х годах эти цели определялись как конечный результат, в 1960-х — как процесс и в 1990-х — с позиций экономической эффективности *(25–27)*. Понятие интеграции имеет разное значение на различных уровнях *(28)*. На уровне пациента она означает комплексное ведение случая. На уровне оказания услуг она означает предоставление разнообразных услуг через один канал — например использование вакцинации для назначения витамина А и обеспечение обработанными инсектицидами надкроватными сетками во время иммунизации (программа «EPI-plus»); такой подход позволяет повысить эффективность и охват *(29, 30)*. На уровне системы интеграция означает сведение воедино организационных и поддерживающих функций отдельных программ и обеспечение комплемен-

тарности между помощью различного уровня. Сегодня ИВБДВ — единственная стратегия в области охраны здоровья ребенка, которая предназначена для совершенствования интеграции на всех трех уровнях одновременно.

Эта стратегия позволила успешно интегрировать ведение случая заболевания и текущие задачи учреждений первого уровня, предоставляя медицинским работникам руководства, инструкции и обучение. Прогресс в достижении интеграции между различными уровнями облегчается при наличии взаимодополняющих руководств по ведению случаев в учреждениях, оказывающих медицинскую помощь на первом уровне, и в больницах следующего уровня. В учреждениях по оказанию помощи первого уровня медицинские работники снабжены инструкциями, точно указывающими, куда и когда направлять тяжело больных новорожденных и детей других возрастных групп, а также пациентов с комплексом проблем. В свою очередь, медицинские работники в окружной больнице имеют руководства и обладают навыками оказания помощи детям, которые к ним поступают.

Стратегия ИВБДВ дала возможность сделать еще один шаг вперед, позволив не только осуществлять дополнительные программы через один канал. Она позволила трансформировать взгляды системы здравоохранения на помощь детям. Название стратегии осталось прежним, но сама она пошла дальше простого ведения случаев заболевания *(3, 5, 31, 32)*. С учетом опыта одноцелевых программ при осуществлении стратегии ИВБДВ был разработан подход, включающий три компонента: повышение квалификации медицинских работников, усиление поддержки систем здравоохранения и помощь семьям и общинам, направленная на то, чтобы они могли растить здорового ребенка и правильно себя вести в случае его болезни. Используя такой подход, стратегия ИВБДВ должна была выйти за рамки традиционного представления о сотрудниках медико-санитарного центра, как лишь предоставляющих набор медицинских услуг населению.

## Семьи и медицинские работники

По мере того как диалог между медицинскими работниками и семьями становился более доверительным, медики все глубже осознавали, насколько критически важным для здоровья ребенка является окружающая его домашняя обстановка. Питание, выполнение медицинских назначений, стимулирующая развитие окружающая среда — все это напрямую зависит от поведения семьи и общины в целом. Например, если ребенок заболел, кто-то из членов семьи должен почувствовать опасность, оказать необходимую помощь, определить признаки, указывающие на то, что ребенок нуждается в медицинской помощи, доставить ребенка к медицинскому работнику. Кто-то должен быть в состоянии совместно с медицинским работником выработать план необходимых действий (получить лекарство, следовать инструкциям по его применению или доставить ребенка в больницу), ухаживать за ребенком в период выздоровления и при необходимости вновь обратиться к медицинскому работнику. Таким образом, именно от членов семьи и общин зависит, будут ли эффективными мероприятия, проводимые системой здравоохранения. Без этого даже при самых лучших системах здравоохранения невозможно получить хорошие результаты. Сегодня такой взгляд на проблему детского здоровья кажется очевидным, но он являлся кардинально новым по сравнению с вертикальными программами 1980-х годов. Он вызвал всплеск интереса к возможностям семьи влиять на улучшение здоровья детей. Так называемые «важнейшие действия семьи» суммированы на вставке 6.2.

Эти семейные действия являются отражением поведения, которое способствует физическому росту, умственному развитию и предупреждению болезней. Их важность очевидна и давно известна. Новым является то, что обраще-

ние за помощью в службы здравоохранения также рассматривается как один из путей, который могут использовать семьи для улучшения здоровья своих детей. До 70% случаев смерти детей связаны с тем, что за медицинской помощью обращаются поздно или не обращаются вообще *(33)*. Дети умирают в основном дома, и многие из них до этого не получают какой-либо помощи компетентного медицинского работника. Следовательно, критически важными являются пропаганда обращения за помощью и обеспечение доступа в учреждения здравоохранения. Одновременно все большее значение приобретает соответствующий домашний уход, который осуществляет один из членов семьи или не имеющий профессионального медицинского образования коммунальный медико-санитарный работник. Например, как показывает опыт Буркина-Фасо и Эфиопии *(34, 35)*, лечение малярии в домашних условиях может снизить частоту острых приступов и смертность от этой болезни. Своевременное лечение пневмонии антибиотиками, которое под надлежащим контролем проводит хорошо обученный коммунальный медико-санитарный работник, может значительно снизить обусловленную этим заболеванием смертность *(36)*.

Констатировать важность того, что могут сделать семьи — это одно, а определить, как можно помочь им в этом — совсем другое *(37)*. Один подход состоит в совершенствовании коммуникативных навыков работников здравоохранения. Опыт Бразилии и Объединенной Республики Танзании показывает, что в результате этого семьи начинают лучше ухаживать за ребенком дома *(13)*. Другой подход — мероприятия, которые осуществляются в рамках программ развития местных общин. В Бангладеш, например, обучение работников здра-

## Вставка 6.2 Как семья может изменить ситуацию

Семьи могут способствовать **физическому, умственному и социальному развитию** ребенка, обеспечивая исключительно грудное вскармливание в течение шести месяцев, начиная давать прикорм с шести месяцев и продолжая грудное вскармливание до двухлетнего или даже более старшего возраста. Члены семьи могут гарантировать, что ребенок получает достаточное количество микроэлементов в составе обычного рациона или с активными добавками. Они также могут удовлетворять потребности ребенка в заботе, разговаривая, играя с ним и обеспечивая ему окружающую среду, стимулирующую развитие. У всех членов семьи, включая мужчин, своя роль в этом процессе.

Семьи и общины могут помочь **в предупреждении насилия в отношении детей и отсутствия внимания к детям** и могут предпринимать соответствующие меры, если это происходит.

Семьи могут способствовать адекватному **использованию медицинских услуг,** определяя, когда больному ребенку необходимо оказание помощи в медицинском учреждении и вовремя обращаясь в соответствующие службы. Важно, чтобы семьи заботились о том, чтобы ребенок получил полный курс иммунизации в соответствии с графиком прививок до того, как ему исполнится год, и выполняли указания медицинских работников относительно лечения, последующего наблюдения и направления в больницу.

Члены семьи могут **улучшить уход за больным ребенком** в домашних условиях, продолжая правильно кормить ребенка и давать ему больше жидкости (включая грудное молоко), когда он болен, проводя дома соответствующее лечение при инфекциях и предпринимая правильные действия при травмах и несчастных случаях.

Члены семьи могут **предупреждать заболевания** путем безопасного удаления фекалий, мытья рук после дефекации, перед приготовлением пищи и перед кормлением ребенка. Они могут принести ребенка на прививку. В районах, эндемичных по малярии, они могут позаботиться о том, чтобы ребенок спал под обработанной инсектицидами сеткой. Домохозяйства и общины могут принимать меры для предупреждения травм и несчастных случаев.

Конечно, многое зависит от состояния окружающей среды в местах проживания семей с низким уровнем дохода. Взять, к примеру, загрязнение воздуха внутри помещений. Половина населения мира использует навоз, дрова, солому или уголь для удовлетворения основных потребностей в топливе. Например, в высокогорных районах на западе Гватемалы большинство домашних хозяйств используют для приготовления пищи и обогрева открытый огонь и пользуются для этого дровами. Приготовление пищи с использованием подобных разновидностей «твердого топлива» приводит к тому, что уровень содержания взвешенных частиц в окружающем воздухе в 100 раз превышает их обычную концентрацию в атмосферном воздухе европейских городов. При плохой вентиляции дым затрудняет дыхание, раздражает глаза и покрывает черной сажей жилище. Больше всего страдают маленькие дети, которых матери часто носят за спиной во время приготовления пищи. Более того, женщины и дети часто проводят многие часы, собирая топливо, — а это время, которое можно было бы потратить на образование, заботу о детях или зарабатывание денег. Отсутствие хорошего источника освещения ограничивает учебные занятия дневными часами.

На короткую перспективу хорошо спроектированные печи с дымоходами могут значительно уменьшить загрязнение воздуха и помочь защитить детей. Но для того, чтобы резко снизить загрязнение воздуха жилищ, необходимо перейти на более чистые и эффективные виды энергии: сжиженный природный газ, электричество или солнечную энергию. Часто бедные домохозяйства не имеют на это средств, и такая ситуация будет существовать до тех пока не будут ликвидированы истоки нищеты.

воохранения в сочетании с мероприятиями, проводимыми в общинах, привело к повышению частоты обращения за медицинской помощью в три раза — с 0,6 до 1,8 посещений на одного ребенка в год *(38)*. Хотя основная мера ответственности за то, что делается или не делается дома, ложится на сами семьи, перед системой здравоохранения стоит задача помочь им соответствовать тому, что от них требуется. Это не просто обычный вопрос медицинского просвещения, а более сложный процесс расширения ответственности, требующий от медицинских работников изменений принципов их работы *(38)*.

При поддержке быстро реагирующей системы здравоохранения многое можно сделать. Например, в Маквапуре (Непал) в женских группах при поддержке координатора женщины обсуждали, какие факторы в окружающей их жизни влияют на перинатальную смертность и какие стратегии можно использовать, чтобы снизить ее. Это улучшило качество ухода за новорожденными дома и повысило частоту обращений в медицинские учреждения, когда это было необходимо, что в конечном итоге привело к снижению неонатальной смертности (39). В индийском штате Хариана медицинские работники проводили консультирование во время иммунизации и при оказании медицинской помощи, и одновременно медико-санитарные работники в общине проводили такое же консультирование, когда детей приносили для взвешивания, или при посещениях на дому. Использованная тактика привела к увеличению числа детей, которые в возрасте трех месяцев находились на исключительно грудном вскармливании, и снизила частоту случаев диареи *(40)*; улучшилась практика введения прикорма, который дети стали получать в девять месяцев *(41)*, и повысился уровень использования лечебных и профилактических услуг *(42)*.

В рамках стратегии ИВБДВ усилия, направленные на обучение и создание потенциала, были сосредоточены на контактах первого уровня: медико-санитарный центр, медицинская сестра или врач, которые первыми видели заболевшего ребенка. Для оптимальной работы системы ИВБДВ необходимо создать континуум помощи в двух направлениях: облегчить процесс направления на последующий уровень оказания помощи и приблизить помощь к домашним условиям, а, следовательно, к детям (см. рис. 6.1).

## Направление больных детей на последующий уровень оказания помощи

Концентрация усилий на первичной медико-санитарной помощи, а затем, не так давно, на роли семьи часто означала, что программы детского здоровья упускали из виду, как важно иметь возможность направить заболевшего ребенка в хорошо оснащенную больницу. Это важно не только для ребенка и его семьи, но и для медицинских работников первого уровня, и это может существенным образом повлиять на детскую смертность *(43)*. Обеспечить направление в больницу, в принципе, несложно, по крайней мере, если окружная система здравоохранения выполняет свои функции. Однако это зависит от устранения условий, вызывающих задержку, и препятствий, которые не всегда рассматриваются как входящие в сферу ответственности медицинских работников.

Смерть ребенка в стационаре часто происходит в первые 24 часа после поступления. Многие их таких случаев можно предупредить, если высококачественная помощь оказана в нужное время. Для этого необходимо избегать опасного промедления. Во-первых, нужно помогать матерям или тем, кто опекает ребенка, как можно раньше определять признаки, указывающие на то, что ребенок нуждается в наблюдении врача; во-вторых, гарантировать, что медицинское учреждение открыто, когда необходимо, например, когда родители возвращаются домой с поля или со службы или когда ребенок чувствует себя плохо (часто вечером); в-третьих, обеспечить готовность медицинских работников срочно отправить ребенка в больницу, если для этого имеются показания. Вне-

дрение руководств по ИВБДВ должно привести к госпитализации 10% детей в возрасте от двух месяцев до пяти лет *(44, 45)*. Во многих странах, где наблюдается замедленный прогресс или стагнация в области улучшения детского здоровья (особенно это касается сельских районов), отмечено значительное число случаев, когда ребенок не был госпитализирован, хотя нуждался в этом, а уровень госпитализаций, который можно было бы ожидать, основываясь на положениях руководств по ИВБДВ, достигается редко.

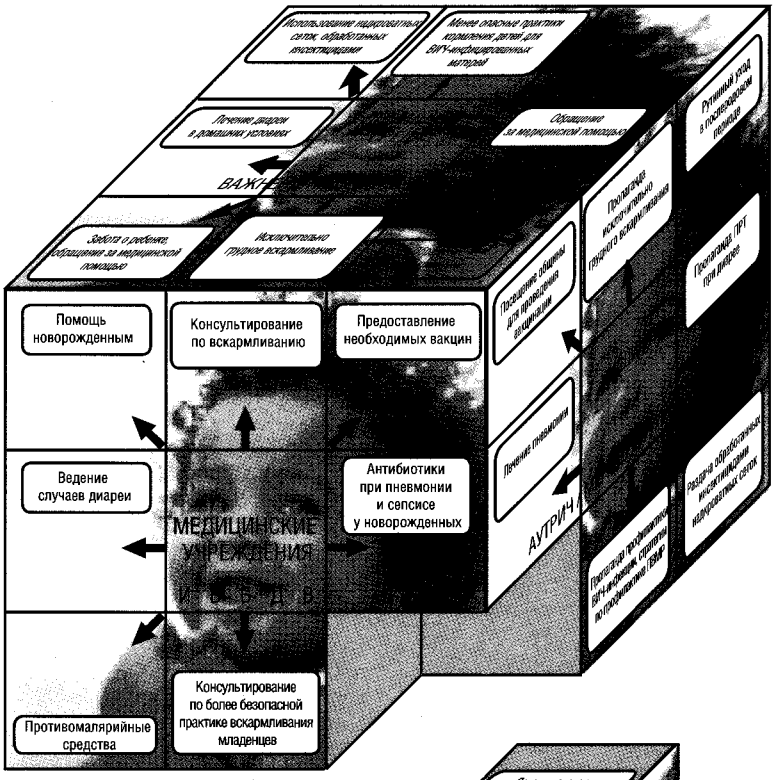
Еще один источник промедления — доставка ребенка в больницу. Многие медицинские работники не считают себя ответственными за решение этой проблемы. Хотя во многих случаях подобных проблем можно было бы избежать, если их предвидеть заранее. Медицинские работники могут организовать транспорт и найти кого-то, кто присмотрел бы за другими детьми или взял бы на себя выполнение домашних обязанностей, пока родители отвозят ребенка в больницу.

И, наконец, можно многое сделать для того, чтобы необходимое лечение в больнице начиналось без промедления *(46, 47)*. В Малави, например, число случаев смерти непосредственно перед госпитализацией уменьшилось с десяти до пяти в месяц в результате оперативной медицинской сортировки поступающих больных детей. Уровень внутрибольничной смертности упал с 11–18% до 6–9%, что, кроме того, сопровождалось улучшением морально-психологического состояния сотрудников. Можно существенно улучшить проведение лечебных мероприятий при тяжелом истощении *(48–50)*, при пневмонии, а также помощь новорожденным *(52)* путем совершенствования организации больничных служб, использования типовых клинических рекомендаций и стандартов, активного участия персонала и вложения дополнительных ресурсов (часто небольших) *(53)*.

## Приблизить помощь к ребенку

Более сложный и, вероятно, более важный вопрос — как приблизить помощь к ребенку. Самый простой ответ на него — активная работа с населением («аутрич»). Посещение медицинскими работниками домохозяйств и общин, расположенных в районах, которые они обслуживают, очевидно, самый быстрый способ увеличить охват запланированными мероприятиями, например вакцинацией. Хотя отрицательной стороной такой работы является невозможность обеспечить

Рис. 6.1 Интегрированный подход к охране здоровья ребенка




Интегрированные подходы сосредоточены на ребенке и обеспечивают комплексное решение проблем

Изолированные вертикальные подходы позволяют решать только часть проблемы

полным набором услуг, необходимых для улучшения здоровья и выживания детей. Потенциальные возможности такого способа предоставления медицинской помощи в расширении охвата существенно отличаются в зависимости от того, где он применяется. Скорее всего, в глобальном масштабе его потенциальные возможности велики, особенно в отношении тех групп населения, которые сегодня не попадают в сферу действия вмешательств.

Менее привычный способ — это увеличить полномочия семей и помочь им лучше ухаживать за своими детьми. Как правило, медработники в меньшей степени склонны приветствовать такой подход. По понятным причинам они неохотно уступают часть своих исключительных полномочий, да и не знают, как сделать это. Возможности классического просвещения по вопросам здоровья, направленного на изменение поведения, весьма ограничены, и многие медработники столкнулись с этим. Процесс предоставления полномочий семьям намного сложнее, чем процесс просвещения: он требует времени и нового подхода, который еще предстоит освоить.

Коммунальные медико-санитарные работники могут стать мостиком между медико-санитарными центрами и семьями там, где доступ к сети медико-санитарных центров ограничен. В Эфиопии, например, коммунальные медико-санитарные работники диагностируют и лечат лихорадочные состояния. Это повысило охват противомалярийным лечением в гораздо большей степени, чем этого могут добиться многие медицинские учреждения. С 1991 по 1998 г. число лихорадящих пациентов, получающих лечение против малярии, постоянно увеличивалось — с 76 000 до 949 000 (54). В Пакистане программа Lady Health Workers («Женщины — медико-санитарные работники») — основной компонент национальной системы здравоохранения. Женщины, участвующие в этой программе, отбираются и поддерживаются правительством; они предоставляют основные услуги по первичной медико-санитарной помощи, включая домашние визиты, в общинах, где они проживают. Программа охватывает приблизительно одну пятую всего населения *(55)*. Такие программы могут способствовать повышению охвата; однако сами по себе они не могут заменить расширения сети медицинских учреждений и помощи семьям в улучшении ухода за детьми.

## РАЗВЕРТЫВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Сегодня стратегия ИВБДВ принята более чем в 100 странах. Руководства по использованию ИВБДВ разработаны так, что позволяют адаптировать ее к национальным и местным условиям. В результате создания инициативных групп на национальном уровне для адаптации руководств к местному контексту в странах появились структуры, ответственные за программу, что позволило преодолеть ряд проблем, например проблему доступности основных лекарственных средств. Там, где проводилась оценка ИВБДВ, результаты в целом положительные. Обучение медицинских работников повысило их квалификацию и качество помощи без увеличения расходов. Например, в Объединенной Республике Танзании и в Уганде процент детей, получивших адекватное лечение антибиотиками и противомалярийными средствами, был значительно больше, а процент детей, которым были прописаны ненужные им антибиотики, меньше, когда их обслуживали медицинские работники, прошедшие обучение в рамках ИВБДВ (по сравнению с их коллегами, не проходившими обучение) (56). Результат впечатляет: при сравнении с другими районами в тех районах Объединенной Республике Танзании, где потребление медицинских услуг было высоким, внедрение ИВБДВ снизило смертность на 13% за двухлетний период, и имеются данные о том, что эти результаты могут улучшаться и в дальнейшем.

Однако экспансия ИВБДВ происходит медленнее, чем ожидалось. Только 16 из 100 стран начали внедрение стратегии более чем в 50% районах в 2003 г.;

при этом основные усилия были сконцентрированы на улучшении навыков медицинских работников, и обычно мало внимания уделялось укреплению систем здравоохранения или повышению роли домохозяйств *(57, 58)*. Это можно в какой-то степени объяснить медленным развитием окружных систем здравоохранения, в частности, в странах, которые особенно нуждаются в расширении масштабов ИВБДВ (см. главу 3). Стратегия ИВБДВ отлично вписывается в концепцию медицинского обслуживания населения по окружному принципу, поскольку отдает такое же центральное место медико-санитарному центру, так же понимает суть континуума помощи и соблюдает тот же баланс между реагированием на эпидемиологическую ситуацию и реагированием на спрос. Оборотной стороной являются одни и те же ограничения: редкий и неадекватный контроль сверху, выраженная текучесть кадров и низкий уровень морального состояния персонала, недостаточная внимательность по отношению к пациентам и дефицит финансирования *(59)*.

Вторая причина медленного продвижения ИВБДВ — упор, который делает эта стратегия на интеграции и горизонтальном подходе. В своем настойчивом стремлении добиться предоставления полного набора услуг в одном месте ИВБДВ ликвидировала или ослабила уже существовавшие организационные структуры вертикальных программ *(60)* и попутно лишила их той общественной «заметности», которая позволяла этим структурам успешно развиваться и привлекать финансирование. Отсутствие штатных координаторов, операционных

WHO

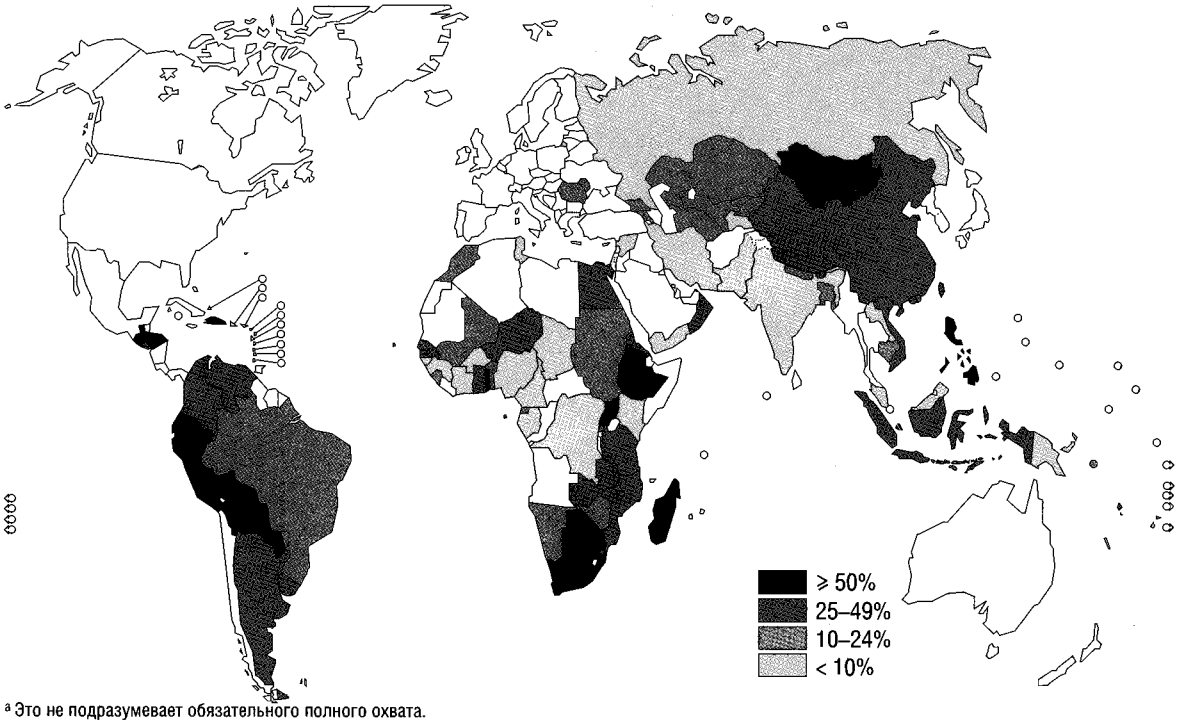
Для того чтобы стратегия интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ) давала оптимальные результаты, необходимо создать континуум помощи, охватывающий семьи и общины, учреждения по оказанию помощи первого уровня и больницы.

планов или специально прописанных строк бюджета затрудняет устойчивое внедрение *(60)*. Вытекающий из этого урок: необходим тщательно выверенный баланс между предоставлением комплексных услуг в одном месте и сохранением программных структур, которые разрабатывают технические нормы и стандарты, способствуют расширению охвата и отвечают за материально-техническое снабжение. К примеру, необходимо обладать значительными мощностями и навыками, чтобы интегрировать службы иммунизации в местную политическую, социальную и здравоохранительную инфраструктуру, в то же время защищая стратегические элементы внутри существующих национальных и региональных стратегических и рабочих планов. Одной из стратегий, способствующих этому, является планирование охвата на основе последовательного вовлечения округов один за другим, как это делают некоторые страны с 2002 г. в рамках инициативы «Достичь каждого округа». Она сочетает в себе укрепление служб, работающих в общинах («аутрич»), поддерживающий контроль, связь общин и служб, предоставляющих услуги, мониторинг и использование данных для дальнейших действий, планирование и руководство распределением ресурсов. На сегодня более 30 стран в четырех регионах ВОЗ внедрили эту стратегию и проводят планирование и мониторинг охвата вакцинацией по принципу «округ за округом».

В сегодняшней реальности многие дети пока не ощутили никакой пользы от всесторонней интегрированной помощи. Они даже не получают помощи, необходимой для того, чтобы выжить — то есть на них не распространяются основные вмешательства, вокруг которых строится программа ИВБДВ.

Расширение масштаба жизненно важных вмешательств до полного охвата (см. табл. 6.1), существенно уменьшило бы распространенность заболеваний и состояний, которые являются причиной смерти детей до пяти лет, и число фа-

Рис. 6.2 Доля округов, где по состоянию на 2003 г. уже был начат процесс обучения и укрепления системы оказания помощи в рамках ИВБДВ[a]




[a] Это не подразумевает обязательного полного охвата.

тальных исходов, если эти заболевания или состояния развиваются. Это позволит двигаться вперед по пути достижения Целей тысячелетия в области развития.

## Таблица 6.1 Основные вмешательства, направленные на выживание детей

- **Забота о новорожденных и их матерях:** профессиональная помощь во время беременности, родов и сразу же после родов (затраты в этой главе не представлены).
- **Питание младенцев и детей младшего возраста:** исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев жизни ребенка и соответствующее дополнительное питание (прикорм), начиная с шести месяцев, при продолжении грудного вскармливания до достижения ребенком двухлетнего или более старшего возраста, добавка витамина А и других микроэлементов по мере надобности.
- **Предоставление жизненно важных вакцин:** расширение охвата вакцинацией против кори и столбняка, а также против распространенных инфекций, в отношении которых проводится вакцинопрофилактика.
- **Борьба с диареей:** ведение случаев диареи, включая дополнительное лечение с использованием препаратов цинка, и применение антибиотиков при дизентерии.
- **Борьба с пневмонией и сепсисом:** лечение случаев пневмонии у детей и сепсиса у новорожденных с применением антибиотиков.
- **Борьба с малярией:** использование обработанных инсектицидами надкроватных сеток, прерывистое профилактическое лечение противомалярийными препаратами во время беременности и своевременное лечение случаев малярии.
- **Профилактика и оказание помощи при ВИЧ-инфекции:** лечение, уход, консультирование по кормлению младенцев и оказание поддержки ВИЧ-инфицированным женщинам и их детям.

## ЗАТРАТЫ НА РАСШИРЕНИЕ ОХВАТА

Одна из сложнейших проблем, с которыми сталкивается мировое сообщество, — это расширение масштаба вмешательств с целью как можно более быстрого достижения всеобщего охвата. Теоретически, можно ликвидировать разрыв между существующими уровнями и уровнем охвата, близким к универсальному, в ближайшие 10 лет. В некоторых странах этот разрыв относительно мал, а система здравоохранения достаточно сильна, чтобы ликвидировать этот разрыв в короткие сроки. В других — проблема значительно серьезнее, главным образом из-за недостаточного развития и слабости системы здравоохранения. Однако даже в этих случаях можно добиться полного охвата путем комбинации мероприятий по расширению сети учреждений здравоохранения, интенсификации работы непосредственно в общинах и в некоторых ситуациях и для некоторых вмешательств — привлечения не имеющих медицинского образования коммунальных работников к медико-санитарным мероприятиям, проводимым в общинах.

Однако расширение масштабов вмешательств невозможно без серьезного увеличения расходов на охрану детского здоровья. С точки зрения планирования и мобилизации ресурсов необходимо представлять, какие дополнительные затраты потребуются сверх имеющихся на сегодня.

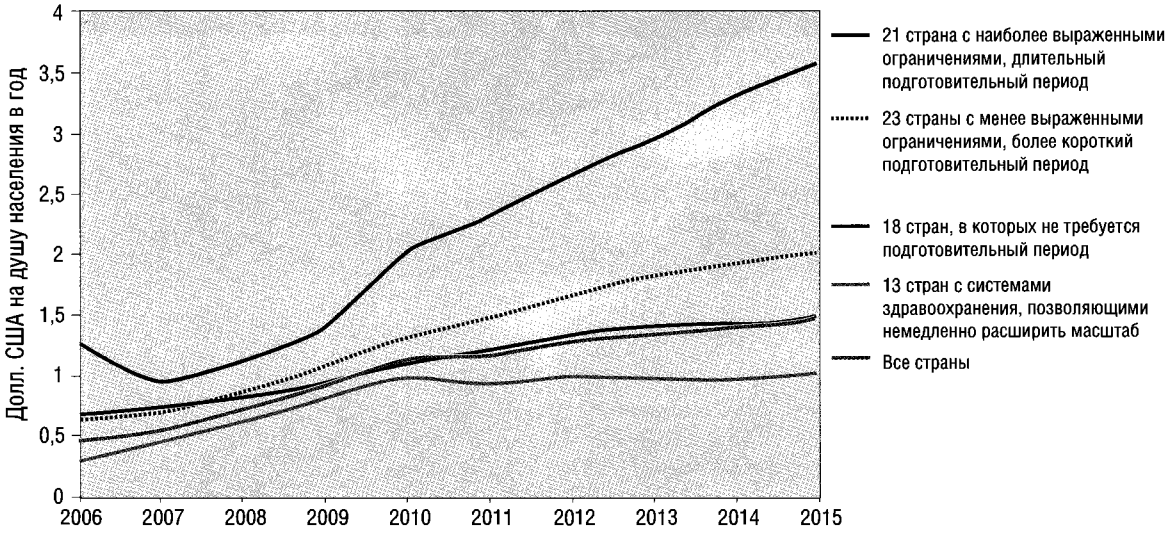
Можно разработать сценарии увеличения охвата каждым из вмешательств до 95% между 2006 г. и 2015 г. для 75 стран, на которых лежит бремя почти 95% всех случаев смерти детей в мире. К ним относятся страны с самым высоким абсолютным числом случаев смерти и самым высоким относительным показателем смертности детей в возрасте до пяти лет; к ним относятся все страны,

где в 1990-е годы показатели детской смертности характеризовались стагнацией или регрессом, а также многие из тех стран, где наблюдался замедленный или даже планомерный прогресс. Население всех этих стран составляет 4,6 млрд. (в 2005 г.), включая 496 млн. детей младше пяти лет. Эти страны разбиты на четыре группы в соответствии с набором критериев, к которым относятся: уровень смертности, сильные и слабые стороны системы здравоохранения, а также сложности, обусловленные условиями, в которых ей приходится действовать. Для каждой страны к существующим на сегодня уровням охвата каждым из вмешательств применялся сценарий, специфический в зависимости от группы, к которой эта страна относится.

Сумма дополнительных расходов для осуществления таких сценариев оценивается как минимум в 52,4 млрд. долл. США: она увеличивается по мере дальнейшего расширения охвата с 2,2 млрд. долл. США в 2006 г., до 7,8 млрд. долл. США в 2015 г. Это соответствует 1,05 долл. США на душу населения в год (начиная с 0,47 долл. США и увеличиваясь до 1,48 долл. США через 10 лет, когда 95% детского населения каждой страны должно быть охвачено полным набором вмешательств). Это, в свою очередь, соответствует среднему увеличению на 12% в год медианного уровня существующих государственных расходов на здравоохранение в 75 странах, который сегодня составляет примерно 8,4 долл. США на душу населения (рис. 6.3, вставка 6.3). Исходные предположения и методы расчетов затрат суммированы на веб-сайте Доклада о состоянии здравоохранения в мире http://www.who.int/whr. Расходы стран двух групп, в которых стартовая ситуация относительно благоприятная, но где рабочая сила, лекарственные средства и материалы дороже, составляют 60% от установленных в глобальном масштабе затрат в 52,4 млрд. долл. США. Приблизительно 21 млрд. долл. США потребуются в странах двух групп, где сегодня условия наиболее сложные. Это страны с низким уровнем доходов, высокими уровнями смертности, низким охватом и относительно слабыми системами здравоохранения — но где сегодняшние цены на рабочую силу и материальное обеспечение ниже.

В 13 странах со средним уровнем доходов, которые входят в группу стран, где сегодня ситуация наиболее благоприятна, расходы на охрану здоровья ребенка должны возрасти в среднем на 0,79 долл. США на одного жителя в год (начиная с 0,29 долл. США и постепенно увеличиваясь до 1,01 долл. США). Это

Рис. 6.3 Расходы на расширение масштаба вмешательств в области охраны здоровья детей, дополнительно к существующим затратам



соответствует росту на 3% в год (начиная с 1% и увеличиваясь до 4% в 2015 г.) от существующего медианного уровня государственных расходов на здравоохранение в этих странах, составляющего около 23 долл. США на одного жителя.

Страны с низким уровнем доходов из группы, где ситуация на сегодняшний день самая сложная, такие как Ангола, Демократическая Республика Конго, Кот-д'Ивуар, Мали, Нигер, Нигерия, Сомали, Чад и Эфиопия, должны тратить 2,16 долл. США на каждого жителя в год сверх существующих расходов: 1,27 долл. США в первые годы и затем, по мере продвижения к общему охвату, 3,58 долл. США на одного жителя в год 10 лет спустя. Это соответствует росту на 46% (27% на старте, повышаясь до 76% в 2015 г.) медианного уровня сегодняшних государственных расходов на здравоохранение, составляющего 4,7 долл. США на душу населения (медиана расходов частного сектора в этих странах составляет 5,5 долл. США на одного жителя в год).

Эти расчеты полностью зависят от качества лежащих в их основе предположений и прогнозов. В некоторых странах расширение охвата может идти быстрее, чем прогнозируется, в других — оно будет медленнее: многое зависит от политической воли и приверженности, от социального, политического и экономического контекста. Может меняться как динамика численности населения, так и структура затрат. Технические инновации, изменения в характере предоставления медицинской помощи и в численности кадровых ресурсов могут влиять как на расширение охвата, так и на оценки расходов. Более того, прогнозируемые сегодня расходы не учитывают, как влияет расширение масштабов различных вмешательств на эпидемиологию болезней, и не включают выигрыш в эффективности, который ожидается от интеграции различных вмешательств в месте предоставления медицинских услуг.

Тем не менее эти прогнозы дают точку отсчета для определения дополнительных расходов на расширение масштабов охвата сверх существующих затрат. Это самая низкая точка отсчета, так как предполагается, что существующие уровни охвата могут поддерживаться без дополнительных инвестиций и что не существует ограничений в мощностях для создания дополнительного персонала и инфраструктуры. Более того, при этой точке отсчета не принимается во внимание ни стоимость обучения новых кадров медработников широкого профиля, занятых в сфере охраны здоровья детей, ни повышение заработной платы и предоставление других льгот, которые необходимы во многих странах для передислокации и стимулирования персонала.

## ОТ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАСХОДОВ К РАСШИРЕНИЮ МАСШТАБОВ ПОМОЩИ

Каждая страна сталкивается со своими уникальными проблемами при расширении доступа к помощи и охвата, но всем им нужна устойчивая политическая приверженность для мобилизации значительных ресурсов, которые на это потребуются. Хотя такие финансовые усилия кажутся реально достижимыми в некоторых странах, во многих они будут выходить за рамки того, что могут выдержать правительства в одиночку. Расчет на увеличение в ближайшее время внебюджетных затрат на мобилизацию таких ресурсов кажется нереальным во многих странах; сделать это через повышение бюджетных государственных расходов на общественные нужды более реально в других, но во многих случаях дополнительные затраты таковы, что возникнет необходимость в помощи извне.

В любом случае создание институциональных мощностей необходимо не только для привлечения таких средств, но также для планирования и осуществления интеграции различных вмешательств и для завершения переориентации служб охраны здоровья детей с обеспечения только выживания на обеспечение, помимо выживания, также полноценного роста и развития детей. Решить эти задачи невозможно в отрыве от развития и укрепления сис-

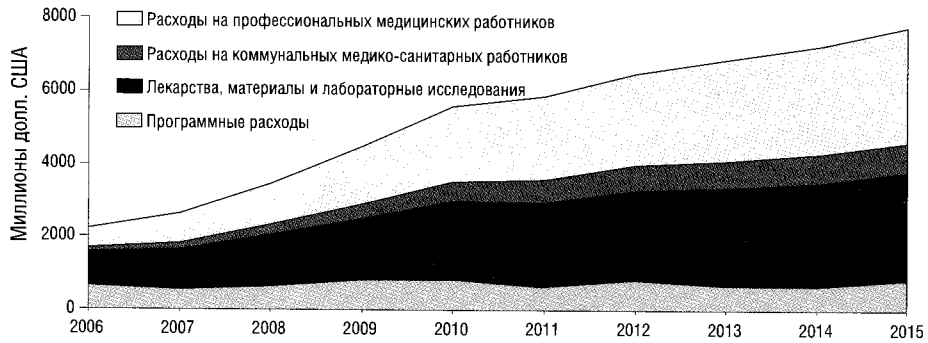
## Вставка 6.3 Структура предполагаемых расходов на увеличение масштабов помощи

Увеличение охвата означает, что больше детей и семей должны получать помощь. В результате, с течением времени дополнительные затраты на расширение охвата будут расти. Это особенно касается персонала, материалов и оборудования и в меньшей степени расходов непосредственно на развитие и поддержку программы.

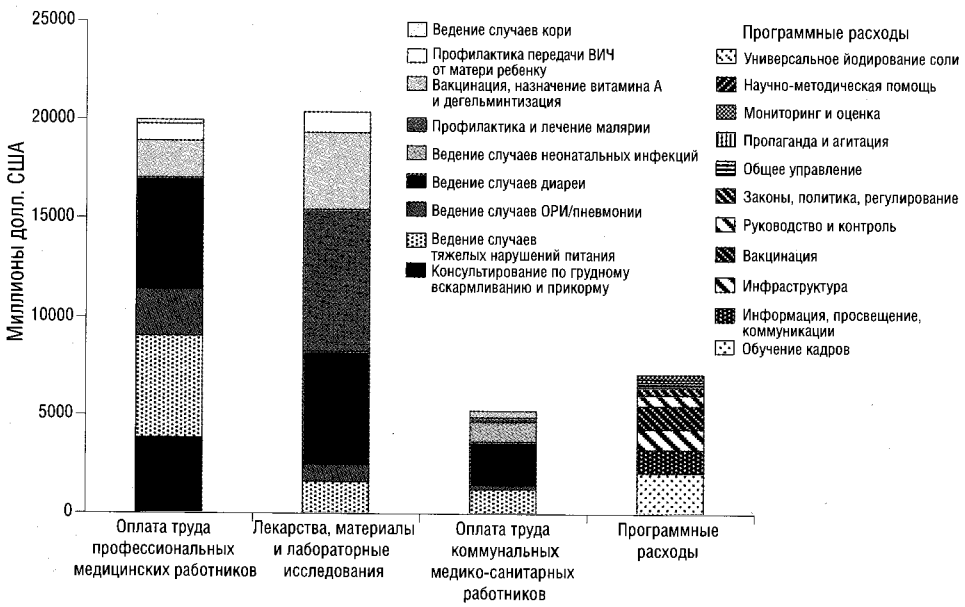
Из этих дополнительных расходов 13% идут на развитие и поддержку программы, 87% на предоставление услуг (приблизительно три четвертых — на мероприятия по предоставлению услуг в медицинских учреждениях и одна четвертая — на мероприятия на уровне общин). Из дополнительных расходов на предоставление услуг 38% предназначены на заработную плату и гонорары для профессиональных медицинских работников, 10% — на программы, которые проводят коммунальные медико-санитарные работники в дополнение к помощи, оказываемой профессиональными медицинскими работниками, и 39% — на лекарства, лабораторные исследования и другие нужды.

Распределение этих дополнительных расходов на различные вмешательства будет со временем изменяться. В абсолютном выражении между 2005 и 2015 гг. прогнозируется приблизительно десятикратное увеличение потребностей в ресурсах на консультирование по грудному вскармливанию и прикорму, а также на ведение случаев неонатальных инфекций, диареи и острых респираторных инфекций. Дополнительные ресурсы, которые понадобятся для расширения иммунизации и борьбы с малярией, за этот же период удвоятся, но их доля в общих расходах должна снизиться на две трети — до 9% и 12% соответственно. Только на лечение осложнений кори в 2015 г. должно потребоваться меньше средств, чем в 2006 г.: усилия по профилактике в конце концов окупаются.

Расходы на расширение вмешательств в области детского здоровья дополнительно к существующим, по категориям




Структура дополнительных расходов на расширение вмешательств в области детского здоровья



тем здравоохранения. Во-первых, необходимо, чтобы медицинские службы могли обеспечивать помощь при самых различных рисках и заболеваниях, а для этого они должны опираться на крепкую систему здравоохранения, способную обеспечить континуум помощи между семьей, медицинскими учреждениями первого уровня и окружными больницами. Во-вторых, этого нельзя сделать, не наладив более тесную преемственную связь с вмешательствами, направленными на улучшение здоровья матерей и новорожденных. В-третьих, это требует переворота в сознании медицинских работников, для того чтобы они начали взаимодействовать с семьями и общинами, как с равноправными партнерами, и смотреть на детей, как на детей, а не только как на группу больных.

Эволюция программ по охране детского здоровья — от общих представлений на раннем этапе развития первичной медико-санитарной помощи через промежуточные стратегии выборочных вмешательств, направленных на искоренение определенного заболевания, к сегодняшнему, более всестороннему интегрированному ведению болезней детского возраста — отражает осознание того, что успешные стратегии для улучшения выживания детей должны включать сочетание подходов, ведущих в направлении большей интеграции. Без этого слишком для многих детей медицинские услуги останутся недосягаемыми, а если они и смогут воспользоваться ими, слишком много возможностей сохранить их здоровье уже будет упущено. Многие страны уже начали переориентировать свои службы для создания или укрепления такого континуума помощи. Теперь дело за правительствами и мировым сообществом, которые должны поддержать эти усилия и привлечь необходимые средства.

## Библиография


1. Progress in reducing global measles deaths: 1999–2002. *Weekly Epidemiological Record*, 2004, 79:20–21.
2. Water with sugar and salt [editorial]. *Lancet*, 1978, 2:300–301.
3. Wolfheim C. From disease control to child health and development, *World Health Forum*, 1998, 19:174–181
4. *The evolution of diarrhoeal and acute respiratory disease control at WHO — achievements 1980–1995 in research, development and implementation*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/CHS/CAH/99.12).
5. Tulloch J. Integrated approach to child health in developing countries. *Lancet*, 1999, 354(Suppl. 2):SII16–20.
6. Hahn S, Kim Y, Garner P. Reduced osmolarity oral rehydration solution for treating dehydration due to diarrhoea in children: systematic review. *British Medical Journal*, 2001, 323:81–85.
7. Fontaine O. Effect of zinc supplementation on clinical course of acute diarrhoea. *Journal of Health Population and Nutrition*, 2001, 19:339–346.
8. Pakistan Multicentre Amoxicillin Short Course Therapy (MASCOT) pneumonia study group. Clinical efficacy of 3 days versus 5 days of oral amoxicillin for treatment of childhood pneumonia: a multicentre double-blind trial. *Lancet*, 2002, 360:835–841.
9. Victora CG, Bryce J, Fontaine O, Monasch R. Reducing deaths from diarrhoea through oral rehydration therapy. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78:1246–1255.
10. Touchette P, Douglass E, Graeff J, Monoang I, Mathe M, Duke LW. An analysis of homebased oral rehydration therapy in the Kingdom of Lesotho. *Social Science & Medicine*, 1994, 39:425–432.
11. Bronfman M, Castro R, Castro V, Guiscafre H, Munoz O, Gutierrez G. Prescripciyn mйdica y adherencia al tratamiento en diarrea infecciosa aguda: impacto indirecto de una intervenciyn educativa [Medical prescription and treat-

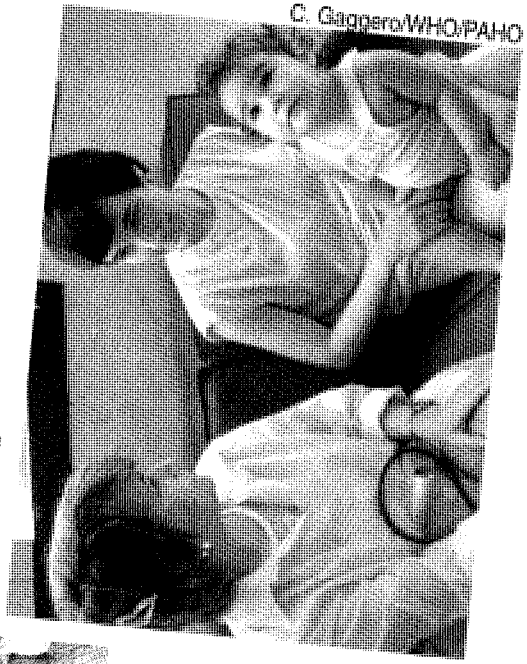
ment compliance in acute infectious diarrhoea: indirect impact of an educational intervention]. *Salud Pъblica de Mйxico*, 1991, 33:568–575.

12. World Health Organization, Department of Child and Adolescent Health and Development web site (http://www.who.int/child-adolescent-health, accessed 28 January 2005).
13. Pelto GH, Santos I, Goncalves H, Victora C, Martines J, Habicht JP. Nutrition counseling training changes physician behavior and improves caregiver knowledge acquisition. *Journal of Nutrition*, 2004, 134:357–362.
14. Santos I, Victora CG, Martines J, Goncalves H, Gigante DP, Valle NJ et al. Nutrition counseling increases weight gain among Brazilian children. *Journal of Nutrition*, 2001, 131:2866–2873.
15. Richter L. *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: a review*. Geneva, World Health Organization, 2004.
16. Begin F, Frongillo EA Jr, Delisle H. Caregiver behaviors and resources influence child height-for-age in rural Chad. *Journal of Nutrition*, 1999, 129:680–686.
17. Lamontagne JF, Engle PL, Zeitlin MF. Maternal employment, child care, and nutritional status of 12–18-month-old children in Managua, Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 1998, 46:403–414.
18. Zeitlin M, Ghassemi H, Mansour M. *Positive deviance in child nutrition — with emphasis on psychosocial and behavioural aspects and implications for development*. Tokyo, United Nations University Press, 1990.
19. Black M, Dubowitz H. Failure-to-thrive: lessons from animal models and developing countries. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 1991, 2:259–267.
20. Chase HP, Martin HP. Undernutrition and child development. *New England Journal of Medicine*, 1970, 282:933–939.
21. Richter L, Griesel D. Malnutrition, low birthweight and related influences on psychological development. In: Dawes A, Donald D, eds. *Childhood and adversity: psychological perspectives from South African research*. Cape Town, David Philip, 1994:66–91.
22. Pollitt E, Eichler AW, Chan CK. Psychosocial development and behaviour of mothers of failure-to-thrive children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1975, 45:525–537.
23. NICHD Early Child Care Research Network. Nonmaternal care and family factors in early development: An overview of the NICHD Study of Early Child Care. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2001, 22:457–492.
24. Pelto G, Dickin K, Engle P. *A critical link: interventions for physical growth and psychological developmen: a review*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/CHS/CAH/99.3).
25. *Methodology of planning an integrated health programme for rural areas. Second report of the Expert Committee on Public Health Administration*. Geneva, World Health Organization, 1954 (WHO Technical Report Series, No. 83).
26. *Integration of mass campaigns against specific diseases into general health services. Report of a WHO Study Group*. Geneva, World Health Organization, 1965 (WHO Technical Report Series, No. 294).
27. *Integration of health care delivery. Report of a WHO Study Group*. Geneva, World Health Organization, 1996 (WHO Technical Report Series, No. 861).
28. Scherpbier RW, Ottmani SE, Pio A, Raviglione MR. *Practical approach to lung health (PAL). A primary health care strategy for integrated management of priority respiratory illnesses*. Geneva, World Health Organization, 2003.
29. Gorstein J, Shreshtra RK, Pandey S, Adhikari RK, Pradhan A. Current status of vitamin A deficiency and the National Vitamin A Control Program in Nepal: results of the 1998 National Micronutrient Status Survey. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 2003, 12:96–103.

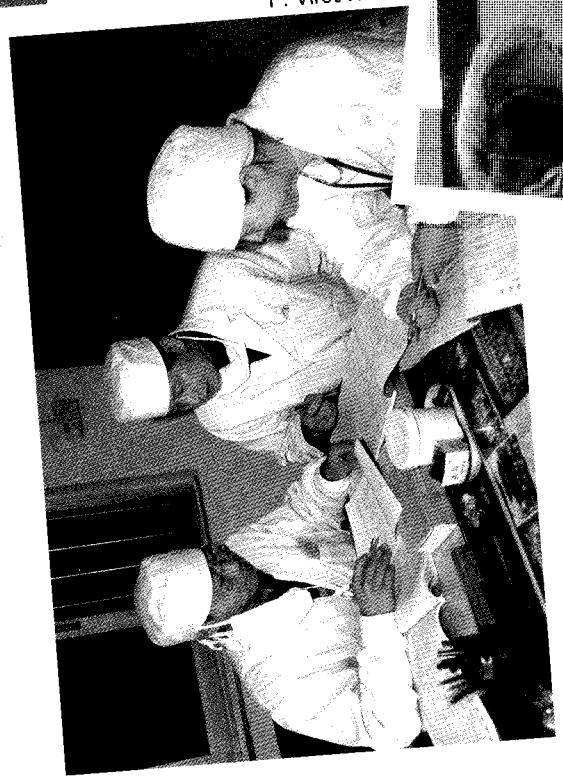
30. Swami HM, Thakur JS, Bhatia SP. Mass supplementation of vitamin A linked to National Immunization Day. *Indian Journal of Pediatrics*, 2002, 69:675–678.
31. Gove S. Integrated management of childhood illness by outpatient health workers. technical basis and overview. The WHO Working Group on Guidelines for Integrated Management of the Sick Child. *Bulletin of the World Health Organization*, 1997, 75 (Suppl. 1):7–24.
32. Lambrechts T, Bryce J, Orinda V. Integrated management of childhood illness: a summary of first experiences. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:582–594.
33. Terra de Souza AC, Peterson KE, Andrade FM, Gardner J, Ascherio A. Circumstances of post-neonatal deaths in Ceara, Northeast Brazil: mothers' health care-seeking behaviors during their infants' fatal illness. *Social Science & Medicine*, 2000, 51:1675–1693.
34. Sirima SB, Konate A, Tiono AB, Convelbo N, Cousens S, Pagnoni F. Early treatment of childhood fevers with pre-packaged antimalarial drugs in the home reduces severe malaria morbidity in Burkina Faso. *Tropical Medicine and International Health*, 2003, 8:133–139.
35. Kidane G, Morrow RH. Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia: a randomised trial. *Lancet*, 2000, 356:550–555.
36. *WHO-UNICEF joint statement: management of pneumonia in community settings*. New York, NY, United Nations Children's Fund; Geneva, World Health Organization (UNICEF/PD/ Pneumonia/01; WHO/FCH/CAH/04.06).
37. Hill Z, Kirkwood B, Edmond K. *Family and community practices that promote child survival, growth and development: a review of the evidence*. Geneva, World Health Organization, 2004.
38. El Arifeen S, Blum LS, Hoque DM, Chowdhury EK, Khan R, Black RE et al. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Bangladesh: early findings from a clusterrandomised study. *Lancet*, 2004, 364:1595–1602.
39. Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 2004, 364:970–979.
40. Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK et al. Effect ofcommunity-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illnesses and growth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 2003, 361:1418–1423.
41. Bhandari N, Mazumder S, Bahl R, Martines J, Black RE, Bhan MK et al. An educational intervention to promote appropriate complementary feeding practices and physical growth in infants and young children in rural Haryana, *Indian Journal of Nutrition*, 2004,134:2342–2348.
42. Bhandari N, Mazumder S, Bahl R, Martines J, Black RE, Bhan MK et al. Use of multiple opportunities for improving feeding practices in undertows within child health programs is feasible, effective and beneficial to the health system. *Health Policy and Planning* (submitted).
43. Nolan T, Angos P, Cunha AJ, Muhe L, Qazi S, Simoes EA et al. Quality of hospital care for seriously ill children in less-developed countries. *Lancet*, 2001, 357:106–110.
44. Simoes EA, Peterson S, Gamatie Y, Kisanga FS, Mukasa G, Nsungwa-Sabiiti J et al. Management of severely ill children at first-level health facilities in sub-Saharan Africa when referral is difficult. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:522–531.
45. Peterson S, Nsungwa-Sabiiti J, Were W, Nsabagasani X, Magumba G, Nambooze J et al. Coping with paediatric referral — Ugandan parents' experience. *Lancet*, 2004, 363: 1955–1956.
46. Tamburlini G, Di Mario S, Maggi RS, Vilarim JN, Gove S. Evaluation of guidelines for emergency triage assessment and treatment in developing countries. *Archives of Disease in Childhood*, 1999, 81:478–482.

47. Robertson MA, Molyneux EM. Triage in the developing world — can it be done? *Archives of Disease in Childhood*, 2001, 85:208–213.
48. Ahmed T, Ali M, Ullah MM, Choudhury IA, Haque ME, Salam MA et al. Mortality in severely malnourished children with diarrhoea and use of a standardised management protocol. *Lancet*, 1999, 353:1919–1922.
49. Wilkinson D, Scrace M, Boyd N. Reduction in in-hospital mortality of children with malnutrition. *Journal of Tropical Pediatrics*, 1996, 42:114–115.
50. Puoane T, Sanders D, Chopra M, Ashworth A, Strasser S, McCoy D et al. Evaluating the clinical management of severely malnourished children — a study of two rural district hospitals. *South African Medical Journal*, 2001, 91:137–141.
51. Duke T, Mgone J, Frank D. Hypoxaemia in children with severe pneumonia in Papua New Guinea. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2001, 5:511–519.
52. Duke T, Willie L, Mgone JM. The effect of introduction of minimal standards of neonatal care on in-hospital mortality. *Papua and New Guinea Medical Journal*, 2000, 43:127–136.
53. *Management of the child with a serious infection or severe malnutrition: guidelines for care at the first-referral level in developing countries*. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/FCH/CAH/00.1).
54. Ghebreyesus TA, Witten KH, Getachew A, O'Neill K, Bosman A, Teklehaimanot A. Community-based malaria control programme in Tigray, northern Ethiopia. *Parassitologia*, 1999, 41:367–371.
55. Pakistan: evaluation of the Prime Minister's programme for family planning and primary health care. Interim report. Oxford, *Oxford Policy Management*, 2000.
56. Tanzania IMCI Multi-Country Evaluation Health Facility survey Study Group. The effect of Integrated Management of Childhood Illness on observed quality of care of under-fives in rural Tanzania. *Health Policy and Planning*, 2004, 19:1–10.
57. Armstrong Schellenberg JR, Adam T, Mshinda H, Masanja H, Kabadi G, Mukasa O et al. Effectiveness and cost of facility-based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania. *Lancet*, 2004, 364:1583–1594.
58. Claeson M, Waldman R. The evolution of child health programmes in developing countries: from targeting diseases to targeting people. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78:1234–1245.
59. *Multi-country evaluation of IMCI effectiveness, cost and impact (MCE). Progress report May 2002–April 2003*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/FCH/CAH/03.5).
60. Victora CG, Hanson K, Bryce J, Vaughan JP. Achieving universal coverage with health interventions. *Lancet*, 2004, 364:1541–1548.

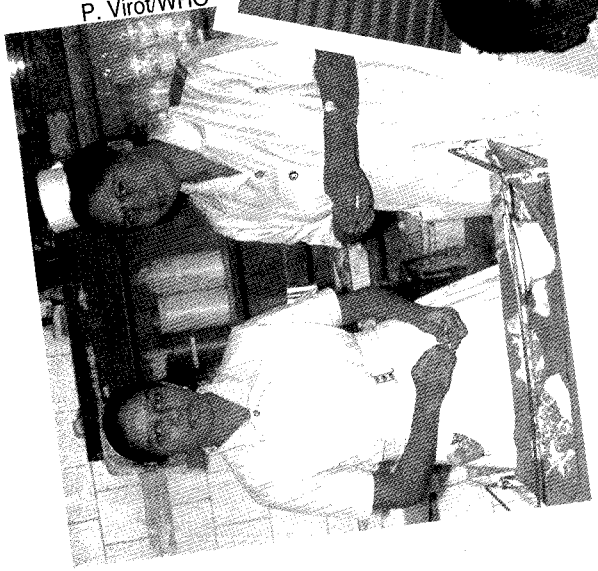
P. Virot/WHO



C. Gaggero/WHO/PAHO



P. Virot/WHO



P. Virot/WHO

глава седьмая

# приведение охраны здоровья матерей, новорожденных и детей в соответствие с развитием систем здравоохранения

**В этой последней главе идет речь о месте проблемы охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка в более широком контексте развития системы здравоохранения. Сегодня вопросы охраны здоровья матерей, новорожденных и детей больше не обсуждаются в исключительно технических терминах, а рассматриваются как составная часть более широкой проблемы — обеспечения всеобщего доступа к медико-санитарной помощи. Это переводит данную работу в плоскость более широкого, целенаправленного политического проекта: удовлетворение требования общества в отношении охраны здоровья всех его граждан — требования, которое все чаще рассматривается как правомерное.**

## ПЕРЕОРИЕНТАЦИЯ ПРОГРАММ ОЗМНР

Программам охраны здоровья матери и ребенка долгое время не хватало ясной стратегической направленности и четкой политической формулировки *(1)*. Противопоставление одних программ, которые концентрировались на потребностях матерей в отношении здоровья, и других, которые разрабатывались для их детей, снижало продуктивность и тех, и других: естественные различия в законных потребностях часто оборачивались соперничеством запросов на оказание помощи и внимания *(2)*. В настоящее время изменились характер и место программы для женщин и детей в системе здравоохранения. Во-первых, сегодня признаются особые потребности новорожденных. Было решено отразить этот момент в названии программы, поэтому теперь для ее обозначения используется аббревиатура ОЗМНР, где буква «Н» обозначает новорожденного. Во-вторых, ныне является общепризнанным тот факт, что интересы матери и ребенка тесно переплетаются и что вопросы ОЗМНР неотделимы от вопросов обеспечения права на доступ к услугам по репродуктивному здоровью для всех. Эта идея была горячо поддержана на Каирской Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР). В-третьих, уже устоялось единое мнение относительно того, что программы ОЗМНР будут эффективны только в том случае, если

# Вставка 7.1 Направление международных финансовых средств в сферу охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка

В период с 1990г. по 2002 г. Внешние официальные потоки (ВОП)[1] для целей здравоохранения увеличились за счет грантов и займов с 3,2 млрд. долл. США до 6,3 млрд. долл. США (в постоянных долларах США 2002 г.), что соответствует увеличению с 0,62 долл. США до 0,88 долл. США на душу населения. Сюда не входят расходы на водоснабжение и санитарию и расходы на здравоохранение в контексте программ бюджетной поддержки. Хотя эти объемы составляют небольшую часть расходов на здравоохранение в глобальном масштабе (0,4–0,6%, не учитывая общих расходов на здравоохранение 22 наиболее богатых стран ОЭСР), во многих странах эти потоки имеют стратегическое значение по двум причинам. Во-первых, за усреднением скрываются огромные различия: в некоторых странах доля внешних ресурсов очень велика (например, в Нигере в 2002 г. она составляла 38%). Во-вторых, ряд направлений в деятельности систем здравоохранения практически полностью зависит от доноров. Так обстоит дело в сфере охраны здоровья детей в большинстве стран Африки с низким уровнем дохода *(5)*. Распределение ресурсов в секторе значительно изменилось в период между 1990–1992 гг. и 2000–2002 гг. Доля ВОП, направляемых на охрану здоровья населения в целом и репродуктивного здоровья в частности, куда входит и поддержка сферы охраны материнского здоровья, увеличилась с 30% до 39%. Это соответствует удвоению финансирования с 1 млрд. долл. США до 2 млрд. долл. США в год (в постоянных долларах США 2002 г.) в период между 1990–1992 гг. и 2000–2002 гг. в основном за счет увеличения финансирования программ, направленных на решение проблем, связанных с инфекциями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ/СПИД. В период 1990–1992 гг. на такие программы было выделено около 4% всего объема средств ВОП, предназначенных для здравоохранения, по сравнению с 19% (почти 1,4 млрд. долл. США в год) в период 2000–2002 гг. Объемы средств, направленных на цели планирования семьи и другие сферы охраны репродуктивного здоровья, включая охрану здоровья матери, сократились как в относительном, так и в абсолютном выражении.

Доля средств, ассигнованных на цели основной медико-санитарной помощи, увеличилась с 23% до 37% (с 0,14 долл. США до 0,32 долл. США на душу населения) в период между 1990–1992 гг. и 2000–2002 гг. в основном за счет программ первичной медико-санитарной помощи и борьбы с инфекционными болезнями. Дезагрегировать эти средства для того, чтобы проследить дальнейшие пути финансирования, предназначавшегося для сферы охраны здоровья ребенка, невозможно, но представляется вероятным, что в действительности финансирование возросло, хотя оно осуществлялось менее очевидным образом, и отследить движение средств труднее. Увеличилось также частное международное финансирование сферы охраны здоровья ребенка через неправительственные организации и фонды, такие как Фонд Билла и Мелинды Гейтс (6). Финансирование сферы охраны здоровья ребенка небольшими частными фондами сократилось, но и вклад их в эту область в глобальном масштабе относительно невелик. Растворение средств, направленных на укрепление здоровья детей, в сфере системной и секторальной поддержки, направление их на вертикальные подпрограммы, такие, например, как действия по ликвидации полиомиелита, и увеличение внешней помощи по каналам международных неправительственных организаций создает впечатление у руководителей национальных программ, что их доступ к ресурсам, необходимым для развития интегрированных программ охраны здоровья ребенка, и контроль над ними в действительности уменьшился *(5)*.

Источник данных: Статистическая база данных КСР ОЭСР

[1] В основном состоят из средств Официальной поддержки в целях развития, но также включают и Прочие официальные потоки (займы), как это представлено в статистической базе данных КСР ОЭСР (www.oecd.org/dac/stats).

в рамках укрепленных систем здравоохранения будет обеспечиваться непрерывность помощи. Это вынуждает программы с различными историями развития, стратегиями и целевыми контингентами населения работать вместе, перестав состязаться друг с другом за внимание лиц, принимающих решения, и доноров. Пути финансирования программ охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка сложно проследить. Средства имеют тенденцию «растворяться» в системе здравоохранения, дробясь среди перекрестных программ и инициатив. Вопреки всем риторическим заявлениям об интеграции, доноры и ведомства не проявили большой заинтересованности в сглаживании очевидных перекосов в распределении финансирования. Особенно неутешительно выглядит доля ассигнований в дело охраны здоровья матери и планирования семьи в рамках финансирования сферы репродуктивного здоровья *(3, 4)* (см. вставку 7.1).

В отличие от пути, выбранного сторонниками других приоритетных направлений общественного здравоохранения, к которым относятся, например, малярия, туберкулез или ВИЧ/СПИД, поборники дела охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка, включая различные глобальные партнерства (см. вставку 7.2), предпочитают обращаться к более крупным фондам, предназначенным для развития сектора здравоохранения в целом, а не создавать но-

## Вставка 7.2 Наращивание усилий: партнерства в целях охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка

Замедление прогресса в достижении Целей тысячелетия в области развития по охране здоровья матери и ребенка потребовало незамедлительных скоординированных ответных действий на глобальном уровне. Так, ряд учреждений и международных организаций объединили усилия и создали партнерства в целях охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка. За последние несколько десятилетий стало ясно, что поддержка, необходимая для развития страны с ограниченными ресурсами, имеет такой многоплановый и сложный характер, что эту функцию не может успешно выполнять какое-либо одно учреждение *(7)*. В настоящее время в сфере охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка активно работают три партнерства: «За безопасное материнство и здоровье новорожденного», «За здорового новорожденного» и партнерство «За выживание детей». Целью недавно созданного партнерства «За безопасное материнство и здоровье новорожденного» является укрепление и расширение деятельности в области охраны здоровья матери и новорожденного. Партнерство «За здорового новорожденного» было создано для повышения информированности общественности и привлечения внимания к проблеме здоровья новорожденных, для содействия обмену информацией, улучшения коммуникации и сотрудничества между организациями, приступающими к работе в этой области. Деятельность нового партнерства «За выживание детей» направлена на усиление политической приверженности на глобальном и национальном уровнях и активизацию действий, направленных на скорейшее снижение уровней детской смертности во всем мире. Все три партнерства ведут свою работу в контексте деятельности по сокращению масштабов нищеты, обеспечению равенства и соблюдения прав человека. Они работают в тесном сотрудничестве для осуществления скоординированного подхода к обеспечению континуума медико-санитарной помощи и всеобщего охвата с применением экономически эффективных вмешательств на страновом уровне.

Первой функцией этих партнерств является стимулирование и поддержание политической воли, направленной на то, чтобы проблемы охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка находились в центре внимания. Эту работу они осуществляют путем проведения диалога на высшем правительственном уровне. Поскольку многим странам предстоит активизировать свои действия по борьбе с проблемой исключения из доступа к услугам здравоохранения, первостепенную важность приобрели вопросы отслеживания проявлений несправедливости в отношении охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка, учета уровня использования услуг и отслеживания потоков ресурсов *(8, 9)*. Путем мониторинга этих процессов партнерства могут оказывать содействие в обеспечении подотчетности стран и их партнеров *(10)*.

Партнерства также могут оказать содействие в преодолении разрыва между знанием и практическими действиями *(11)*, улучшая взаимодействие между лицами, формирующими политику, исследователями, финансирующими структурами и другими заинтересованными участниками, которые могут оказать влияние на внедрение результатов научных исследований — и переориентировать научные изыскания на решение оперативных и системных проблем, сдерживающих процесс наращивания эффективных вмешательств.

И наконец, партнерства могут оказать содействие в сплочении различных участников, принимающих участие в деятельности по охране здоровья матери, новорожденного и ребенка (министерства здравоохранения, финансов и планирования, национальные неправительственные организации, профессиональные объединения медицинских работников, донорские учреждения, учреждения ООН, религиозные организации и др.) или предоставлять техническую поддержку существующим механизмам координации. Для этих целей создаются национальные партнерства, посредством которых можно ускорить процесс финансирования, планирования и осуществления национальных и субнациональных планов в области охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка *(12)*.

вые, параллельные механизмы финансирования. Не важно, делается ли это по тактическим причинам или по соображениям более фундаментального характера, но такие действия идут в русле набирающего силу движения за реформы в секторе здравоохранения *(13)*. Особое внимание обращается на развитие сектора здравоохранения как платформы для реализации программ охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка. Такая постановка вопроса хорошо согласуется с тем, что сокращение масштабов нищеты является главной задачей международной помощи в целях развития, что признается и донорскими организациями, работающими на многосторонней и двусторонней основе *(14)*. Это происходит в тот момент, когда вслед за развитием первичной медико-санитарной помощи набирает силу волна реформ в здравоохранении в духе неолиберальной идеологии, отвергающей главенствующую роль государства. Эти реформы продвигаются в условиях перехода от социалистической экономики к рыночной в таких странах, как, например, Монголия или Таджикистан, а также в условиях восстановления деятельности различных служб в зонах, пострадавших от конфликтов, например в Камбодже, или же как часть программ структурного регулирования в ряде африканских и азиатских стран, которые столкнулись с серьезной проблемой катастрофической нехватки ресурсов. Поэтому программа ОЗМНР развивается в контексте широкого обсуждения роли государства и его ответственности за недостаточное финансирование сектора здравоохранения, обеспечение доступности медицинского обслуживания, отсутствие справедливости в доступе к услугам и лишение доступа, неэффективность обслуживания и недостаточную подотчетность действий.

Теперь понятно, что невозможно и далее обсуждать и решать вопросы охраны здоровья матерей, новорожденных и детей в исключительно технических терминах. Возникновение и воплощение идеи общей ответственности за решение проблем сектора здравоохранения, среди которых, безусловно, и вопросы охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка, позволяет предположить, что интересы политики в области ОЗМНР и интересы проводимых реформ совпадают. В странах, где важную роль играет внешняя помощь, также создается впечатление, что интересы политики охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка находятся в русле стратегий сокращения масштабов нищеты и общесекторальных подходов (ОСП), с помощью которых направляются реформы *(13)*. (см. вставки 7.3 и 7.4). В действительности, однако, все не так просто.

## Разные целевые аудитории, разные языки

Круги заинтересованных лиц и организаций, из которых черпают поддержку сторонники реформ и поборники дела охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка, очень различаются. Программы безопасного материнства и охраны здоровья ребенка остаются преимущественно консервативно техническими *(4, 31)*, при этом решения постоянно представляются в терминах технических стратегий и эффективности затрат *(32–36)*. При всех логических императивах, оправдывающих такой подход, интеграция подпрограмм в области охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка и репродуктивного здоровья долгое время представлялась проблематичной *(37–40)*. Устоявшиеся вертикальные программы в области здравоохранения нередко трудно поддаются изменениям. В то же время, можно предположить (и порой не без основания), что переход к объединенному управлению и единым информационным системам несет в себе риск потери корпоративных и технических навыков, на которых ранее строилась их деятельность *(28, 40)*. Там, где созданы интегрированные программы, зачастую параллельно привносятся дополнительные кадровые ресурсы, финансирование, техническое обеспечение и системы мониторинга *(28)*.

Справедливости ради следует отметить, что этот подход нередко помогал консолидировать системы здравоохранения. Однако настойчивое восприятие этих программ как «селективных» и «вертикальных» не позволяет им легко вписаться во всеобъемлющие секторальные подходы.

Совпадение задач в сфере охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка с повесткой дня Каирской конференции (МКНР) привнесло еще одно измерение в восприятие этих вопросов. Обсуждение политики стало более содержательным, политизированным и ориентированным на вопросы соблюдения прав. Дискуссии основываются на глубоком убеждении в том, что государственные или полугосударственные службы должны играть главную роль, и все больше сводятся к вопросам, связанным с правом на доступ к медико-санитарному обслуживанию и системам здравоохранения. Вследствие этого язык поборников охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка теперь представляет собой сочетание технических аргументов и пропагандистских доводов. Таким образом, специфика и ориентированность программ охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка способствуют появлению вертикальных

## Вставка 7.3 ОЗМНР, проблема нищеты и необходимость в стратегической информации

Поставленная перед странами задача формулирования Документов по стратегии сокращения масштабов нищеты (ДССН) в качестве необходимого условия сокращения долговых обязательств, а также общая приверженность делу достижения Целей тысячелетия в области развития укрепили взаимосвязи между политикой, направленной на защиту интересов неимущих слоев населения, и первоочередными задачами в области охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка.

В Документы по стратегии сокращения масштабов нищеты в число первоочередных задач систематически включаются вопросы охраны здоровья матери и ребенка (при этом часто не делается акцент на здоровье новорожденных). Такие стратегии, направленные на охват бедных и лишенных доступа к медицинской помощи, часто являются лишь продолжением нынешней (не всегда успешной) практики *(15)*. Однако значительный сдвиг в этом отношении состоит в том, что процесс разработки ДССН обеспечил проблемам ОЗМНР, проблемам нищеты и исключения прочное место в национальной повестке дня, при этом сектору здравоохранения предоставляется место за столом переговоров при обсуждении правительством вопросов, связанных с ассигнованием средств на политику, направленную на защиту интересов бедных слоев населения *(16)*. Программы ОЗМНР более не развиваются изолированно на основе вертикальных вмешательств: ныне их рассматривают в более широком контексте политики общественного здравоохранения, направленной на защиту интересов неимущих в отношении охраны здоровья, и, что еще важнее, признается значимость этих программ для всех направлений политики правительства в области сокращения масштабов нищеты. Правда, это новое стратегическое преимущество пока еще не принесло ожидаемых плодов. Министерствам здравоохранения часто трудно свыкнуться с мыслью, что работа в направлении сокращения масштабов нищеты — это одна из их основных задач; обычно они подключаются к процессу составления проектов ДССН на более позднем этапе, при этом уровень представленности бывает относительно низок. Но в принципе в этой работе заложен большой потенциал, поскольку программы ОЗМНР по самой своей сути естественным образом вписываются в рамки программ борьбы за сокращение масштабов нищеты: они разделяют общие ценности в отношении соблюдения прав граждан и ликвидации исключения.

Первый цикл ДССН подвергся критике за их «разительную схожесть» и поверхностность, а также за то, что глобальные стратегии доминируют над более продуктивными стратегиями, разрабатываемыми на местном уровне *(15,17)*. Например, в Уганде в условиях децентрализации введение практики составления ДССН дало ход скорее общим, чем конкретным решениям, разрушительным образом действуя на успехи, достигнутые в результате местных инициатив, осуществляемых в рамках децентрализованной Окружной программы развития.

Анализ, проведенный в порядке подготовки ДССН, выявил ограниченность и скудность имеющейся стратегической информации во многих развивающихся странах. В ряде стран, например в Гамбии, оказалось возможным дифференцировать ключевую информацию, относящуюся к вопросам здоровья, по возрасту и полу, а также по экономическому и географическому принципам. Однако лишь очень немногие информационные системы в области здравоохранения обладают такой же гибкостью или степенью разработанности, представляя данные в разбивке по этим параметрам *(18–20)*. Достоверность информации по вопросам ОЗМНР, особенно по материнскому здоровью, остается проблематичной ввиду сложностей, связанных с документированием данных по материнской смертности и созданием эффективных систем регистрации рождений и смертей *(21)*. Еще одним большим препятствием с точки зрения планирования является схематичность важнейшей информации о наличии ресурсов внутри систем медико-санитарной помощи: например, по Буркина-Фасо в разных источниках можно найти противоречивую информацию о количестве имеющихся квалифицированных помощников в родах — по разным оценкам, их число колеблется от 78 до 476. Информация в отношении государственной сети часто схематична, в то время как по частному, некоммерческому и коммерческому секторам зачастую просто отсутствует. В настоящее время ВОЗ оказывает помощь странам в восполнении этих пробелов, в частности путем документирования информации о наличии служб здравоохранения с географической привязкой данных или, в более широком контексте, путем оказания помощи в создании сетей «Метрика здравоохранения»

программ конкретной направленности, несмотря на попытки рассредоточить их более широко в рамках систем здравоохранения. Это идет вразрез с всеобъемлющей основой секторальных подходов.

В отличие от технической направленности программ охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка, ориентированность реформ здравоохранения диктуется задачами экономического и административного характера, охватывающими все сферы деятельности. Сфера действий, связанных с реформой, — весь сектор здравоохранения, а ее главные проводники привыкли работать на системном уровне как внутри, так и вне национальных структур здравоохранения. Реформаторы, естественно, сосредоточивают свое внимание на ряде системных проблем, препятствующих развитию систем здравоохранения, на которые опирается деятельность по охране здоровья матерей, новорожденных и детей. Однако технические аспекты проблемы и вопросы предоставления услуг, которые находятся в центре внимания программ ОЗМНР, для них второстепенны *(13)*. Более того, зачастую неадекватен подход к организации оперативных взаимосвязей между вмешательствами на уровне общины, рабо-

## Вставка 7.4 Общесекторальные подходы

Документы по стратегии сокращения масштабов нищеты (ДССН) возникли вместе с появлением механизмов «Общесекторальных подходов» (ОСП). Они используются в качестве механизмов координации и финансирования с целью гармонизации и объединения помощи в области развития в русле четко очерченной реформы сектора *(20, 22, 23)*.

Партнеры по ОСП в конкретной стране — правительство, гражданское общество и донорские учреждения — направляют свои ресурсы на разработку и осуществление совместной программы работы. Сюда входит разработка политики, создание потенциала и институциональная реформа: обычно проводится децентрализация в сочетании с реструктурированием гражданской службы и министерств здравоохранения, расширение вариантов финансирования здравоохранения. Требуется также признание того факта, что системы здравоохранения являются плюралистическими *(24)*. Основу ОСП составляет подготовка среднесрочных планов расхода и соответствующих финансовых механизмов, а также механизмов поставок, осуществления выплат и отчетности. Сотрудничество подразумевает развитие процессов обсуждения стратегических вопросов и вопросов управления, а также проведение мониторинга оценки хода и итогов работы в соответствии с согласованными критериями *(23, 25)*.

Решающим фактором в признании ОСП на ранних этапах являлось обоюдное согласие доноров и правительств — получателей помощи с необходимостью координации ресурсов *(26)*. Теоретически доноры готовы пожертвовать своим индивидуальным профилем, инвестируя средства в объединенное (или координируемое каким-то другим образом) оказание помощи в целях развития в обмен на право в большей степени участвовать в политических аспектах работы и возможность оказывать влияние на секторальную реформу. Местные министерства здравоохранения, по крайней мере номинально, получили право лидерства в сотрудничестве и доступ к укрупненному фонду объединенных ресурсов, утратив при этом тактическое преимущество, основанное на возможности «сепаратных переговоров» с отдельными учреждениями *(26, 27)*.Такое одновременное признание местного «права собственности» на секторальные реформы очень важно, равно как и обязательство как доноров, так и правительства финансировать необходимые реформы. Это приводит к сдвигу в практике развития от координации ресурсов к активному управлению ими со стороны коалиции заинтересованных участников под руководством правительства *(28)*.

Даже при условии, что результаты не всегда могут быть удовлетворительными, есть все основания полагать, что в странах, где прогресс находится в стадии стагнации или регресса, тенденция к использованию таких механизмов сотрудничества и сдвиг в сторону бюджетной поддержки будут сохраняться *(29)*. ДССН обладают потенциалом придать ОСП такой объединяющий политический акцент, который можно использовать в качестве критерия измерения результатов проведения реформы *(18)*, поскольку процессы, необходимые для достижения Целей тысячелетия в области развития, достаточно сложны и не могут однозначно отражать общие итоги проведения реформ систем здравоохранения, которые координируются в рамках ОСП.

ОСП появились отчасти в результате общей неудовлетворенности эффективностью помощи в целях развития на базе проектов, а также раздробленностью и отсутствием координации между донорами — проблемой, решение которой предлагается в секторальном подходе *(23)*. Вторым фактором, способствующим развитию ОСП, стал опыт Всемирного банка в осуществлении макроэкономических процессов и структурной корректировки *(19, 22)*. Сочетание этих двух стратегий наделило ОСП потенциалом для направления хода реформы в рамках всего сектора, при этом они обладали достаточными совокупными возможностями влияния и финансовыми рычагами для осуществления долгосрочных политических изменений совместно с министерствами здравоохранения.

Структура ОСП также не всегда легко вписывается в общую картину предоставления помощи в целях развития другими учреждениями, работающими на двусторонней основе, или неправительственными организациями, стоящими на позициях охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка, и разделяющими лежащие в основе ОСП ценности. Может оказаться, что их возможность задействовать механизмы объединенного финансирования или участия в общих процессах мониторинга и оценки будет ограничена внутренним законодательством или административными регламентационными рамками *(30)*. И, что чрезвычайно важно, неправительственные организации многих стран активно занимаются проблемой охраны здоровья матери и ребенка, но имеют обычно лишь ограниченный доступ к механизмам руководства ОСП.

той служб первичной медико-санитарной помощи и вторичного, стационарного уровня, что составляет суть деятельности окружных систем здравоохранения и организации континуума помощи.

Поборники ОЗМНР оказываются в затруднительном положении, пытаясь преодолеть противоречия между системной направленностью и административным языком реформы, озабоченностью руководителей на уровне округов практическими вопросами оказания услуг на местах и необходимостью пропагандировать значимость ОЗМНР. *(31, 41)*. Обсуждение стратегий происходит в изрядно политизированной среде, где министерства здравоохранения конкурируют с другими министерствами, связанными с вопросами здоровья, планирования или финансирования. Происходят трения между программами и интегрированными службами, между стационарами и внебольничными службами, централизованное планирование и бюджетирование вступают в противоречие с автономией на периферии; а правительства и неправительственные организации соревнуются за доступ к одним и тем же донорским средствам *(42)*. Случаи реального объединения ресурсов через государственные финансовые системы исключительны даже в тех странах, где посредством механизмов ОСП пытаются применять этот принцип *(43)*. Несмотря на риторические заявления о сотрудничестве и единстве взглядов при согласовании приоритетов, программы охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка часто пытаются заручиться долгосрочной поддержкой по-прежнему путем донорского финансирования по вертикали *(44)*. Такое решение вопросов, вероятно, до некоторой степени неизбежно при существующей институциональной повестке дня *(45)*. Однако реальным результатом этого часто оказывается сохранение скептического настроя в программах охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка относительно возможности привлечения общесекторальных ресурсов, в то время как руководители сектора могут поддаться соблазну помещать такие виды деятельности вне сферы своих основных обязанностей. Держать вопросы охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка в центре повестки дня политики развития системы здравоохранения особенно трудно для правительств, которые десятилетиями работают на скудных бюджетах, а системы здравоохранения которых представляют собой пеструю картину разрозненных проектов. Это как раз те страны, которые теперь стоят перед самыми большими проблемами, медленнее всех развиваются и в наибольшей степени зависят от доноров и переменчивости их приоритетов.

## ПОДДЕРЖАНИЕ ПОЛИТИЧЕСКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

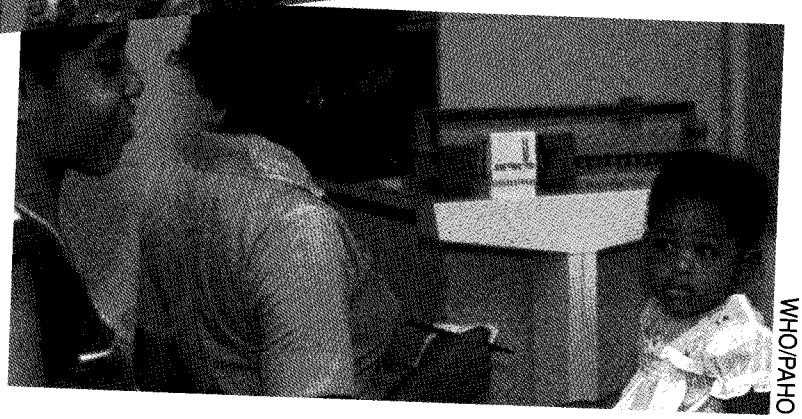
Для достижения длительных, стабильных улучшений в области укрепления здоровья матери, новорожденного и ребенка требуются долгосрочные обязательства, которые не укладываются во временные рамки политической жизни отдельных руководителей. Такие страны, как Куба, Малайзия и Шри-Ланка достигли внушительных результатов за счет поэтапного расширения охвата населения услугами здравоохранения — процесса, который требует многих лет. Они прошли различные стадии, на которых закладывались основы становления системы путем формирования кадров профессиональных медицинских работников, развивалась доступная сеть первичной медико-санитарной помощи и служб более высокого уровня, а консолидировался успех за счет улучшения качества обслуживания *(46)*. Все это происходило одновременно с повышением качества жизни и статуса женщин *(47)*. Приоритетным для этих стран стало создание широких сетей социальной защиты, гарантирующих справедливость в доступе к медико-санитарной помощи и образованию. Благодаря этому сделалось широко доступным медицинское обслуживание, уменьшились барьеры на пути к ключевым службам здравоохранения, и обеспечивается начальное и среднее образование всем детям *(48)*. Даже в некоторых из беднейших стран

P. Wiggers/WHO

A. Waak/WHO/PAHO

Совершенно очевидно, что для укрепления здоровья матерей, новорожденных и детей необходимо обеспечить непрерывность оказания помощи во время беременности, родов, неонатального периода и раннего детства.

R. Kameyama/WHO



WHO/PAHO

Латинской Америки, где прогрессу продолжают препятствовать денежные кризисы, слабые учреждения, социальные неравенства и нищета, отмечались ощутимые успехи на пути к обеспечению расширенного доступа к медико-санитарной помощи.

Эти страны приняли на себя обязательство в течение многих лет поддерживать процесс развития систем здравоохранения, демонстрируя наличие устойчивой «политической воли» и «ответственности». *(49–56)*. Большинство аналитиков согласятся с тем, что разумная степень макроэкономической и политической стабильности и предсказуемости бюджета являются непременным условием для мобилизации институциональных, людских и финансовых ресурсов, необходимых для укрепления системы здравоохранения. Во многих странах, испытывающих трудности с ускорением продвижения к достижению ЦТР, это необходимое условие отсутствует. Тем не менее, без постоянного политического импульса эффективное лидерство маловероятно, будь то в центре, где принимаются общесекторальные решения, или на территориальном уровне, где имеет место взаимодействие с населением.

Что требуется, чтобы побудить руководителей стран действовать в интересах защиты неотъемлемых прав матерей и детей на охрану здоровья — прав, защищать которые они обязаны? Накоплен обширный запас знаний, касающихся технических вмешательств или изменений существующего контекста, которые требуются для улучшения здоровья матерей, новорожденных и детей. Напротив, мало известно о том, как можно заставить национальных политических лидеров оказывать этим мероприятиям постоянную поддержку. Международное сообщество добивается включения насущных вопросов в глобальную политическую повестку дня — доказательством тому служат ЦТР. Однако еще не вполне ясно, как преодолеть разрыв между вниманием на мировом уровне и национальными действиями, и каким образом удерживать внимание к проблеме до тех пор, пока не произойдут реальные изменения.

Чтобы применить политическую волю, политикам прежде всего требуется информация относительно масштабов, распределения и коренных причин возникновения проблем, с которыми сталкиваются матери и дети, а также относительно последствий, которыми грозит затягивание их эффективного решения с позиций человеческого капитала и экономического развития. Сфера охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка может похвастаться большой сетью преданных подвижников на международном уровне, которые многое сделали для сбора и распространения такой информации. Значительный прогресс также был достигнут в разработке и осуществлении серии вмешательств в целях демонстрации их эффективности и обмена полученным опытом *(10, 36)*. Наконец, немало было сделано для акцентирования необходимости одновременного осуществления широкого круга вмешательств на уровне домашних хозяйств, на уровне общины, а также через медико-санитарные центры и больницы.

Следует отметить актуальность этой работы и необходимость ее продолжения. Однако облечение дискуссий по вопросам охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка в рамки широкого диапазона технических вмешательств создало впечатление сложности и высокой стоимости реализации поставленных задач. Для привлечения постоянного внимания политических деятелей требуется формулировать задачи на ином языке. Национальные лидеры должны воспринимать данные программы не только как эффективные и доступные по средствам способы решения общепризнанных проблем, но также и как актуальные вопросы повестки дня, обращение к которым может обеспечить поддержку со стороны широких кругов избирателей и способствовать набору политических очков.

В качестве общего проекта, который может соединить интересы и чаяния программ ОЗМНР, а также руководителей и работников практического здравоохранения, выступает обеспечение всеобщего доступа матерей и детей к об-

служиванию в рамках стратегии обеспечения всеобщего доступа для всего населения. Представление программ ОЗМНР в терминах продвижения к обеспечению всеобщего доступа к лечебно-профилактической помощи — вопрос не только тонкой настройки пропагандистского языка. Это переводит данную работу в плоскость более широкого, целенаправленного политического проекта: удовлетворение требования общества в отношении охраны здоровья всех его граждан — требования, которое все чаще рассматривается как правомерное.

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ

### Вопрос не только численности

Для обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения требуются жизнеспособные и эффективные кадры. Однако по мере увеличения спроса на медицинскую помощь и появления новых способов эффективного лечения и профилактики в ответ на рост потребностей и спроса, численность медицинского персонала и его навыки, а также кадровая инфраструктура перестали соответствовать требованиям. Действительно, во многих странах за последние два десятилетия экономические и финансовые кризисы дестабилизировали обстановку и подорвали кадровое обеспечение. В результате возник кадровый кризис, который затронул широкий круг различных видов деятельности в области здравоохранения и, в частности, программы ОЗМНР. Такое положение длительное время вызывало самую серьезную озабоченность работников практического здравоохранения и должностных лиц министерств здравоохранения, но проблема казалась настолько трудноразрешимой, что международное сообщество стало открыто признавать ее существование лишь с конца 1990-х годов.

Наиболее заметными характеристиками кризиса являются чудовищная нехватка и несбалансированность распределения кадров здравоохранения. Заполнение существующей бреши будет оставаться серьезной проблемой на предстоящие годы с учетом недостаточного количества выпускаемых специалистов, сокращения штатов и ограничений в приеме на работу в связи с программами структурной перестройки и финансовой стабилизации. Трудности возникают также по причине замораживания окладов, а также потери кадров в результате их ухода в частный сектор, миграции и ВИЧ/СПИДа *(57–61)*. Прогнозируемые потребности в кадрах для расширения помощи матерям, новорожденным и детям, представленные в главах 5 и 6, например, предполагают в течение предстоящих 10 лет подготовку дополнительно не менее 334 000 новых акушерок (или других медицинских работников с акушерскими навыками), а также повышение квалификации 140 000 имеющихся работников этих категорий. Приблизительно 27 000 врачей и работников среднего звена должны приобрести навыки, позволяющие оказывать резервную помощь матерям и новорожденным в случае необходимости, и 100 000 занятых полное рабочее время равноценных медицинских работников общего профиля (значительно больше их потребуется для работы по сценариям, которые в меньшей степени полагаются на участие коммунальных медико-санитарных работников) должны научиться не только оказывать медицинскую помощь матери и новорожденному, но и применять комплексный подход к последующей заботе о здоровье растущего ребенка.

Наряду с нехваткой персонала, многие страны также столкнулись с проблемой снижения эффективности его работы. Население ожидает от медицинского персонала знаний, умений и компетентности в области охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка, чего зачастую не хватает медицинским работникам и что ставит под угрозу жизни людей. Повышение квалификации персонала может повысить эффективность его работы, но нынешний уровень на-

выков настолько низок, а все вместе взятое настолько не соответствует современным требованиям, что потенциал переподготовки ограничен. Считается, что для улучшения результатов в основном помогают такие меры, как обучение на рабочих местах и наставничество, но абсолютно отсутствуют фактические данные о том, какие меры являются экономически эффективными для повышения компетентности персонала, особенно в условиях слабой преддипломной подготовки и плохих условий труда. Ситуация, возможно, является менее критической в отношении медицинской помощи детям, но что касается обеспече-

## Вставка 7.5 Восстановление систем здравоохранения в посткризисных условиях

Создание окружных систем медико-санитарной помощи, необходимых для обеспечения охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, не говоря уже о более плюралистичных системах здравоохранения, предполагает достаточную степень макроэкономической и политической стабильности и достаточную степень бюджетной предсказуемости. Во многих странах, где наблюдается стагнация прогресса, в условиях существования различных форм нестабильности исключается возможность использования систематических долгосрочных подходов к развертыванию более широкого охвата населения услугами здравоохранения и координации усилий посредством общесекторальных подходов. В условиях комплексных чрезвычайных ситуаций на первых этапах требуется направлять усилия на выправление ситуации, на то, чтобы система заработала, а не на осуществление реформы.

Даже в переживающих кризис странах многие медицинские работники продолжают самоотверженно работать в практическом здравоохранения, часто не получая заработной платы. Для продвижения вперед первым шагом должно быть осуществление наличных выплат. Это даст возможность учреждениям функционировать, работающим в них — прокормить себя, не прибегая к вымогательству или хищениям расходных материалов. При этом лучше обеспечить достойное вознаграждение уже имеющимся кадрам, чем привлекать добровольцев: в этих условиях речь идет скорее о том, чтобы не допустить разрушения основ системы общественного здравоохранения, а не об ее устойчивости.

В первую очередь часто бывает необходимо создать «островки» надежно функционирующих важнейших служб: например, складские помещения для хранения медицинского оборудования и расходных материалов, даже если это идет вразрез, скажем, с желанием начать проведение программ всеобщей иммунизации. Нельзя распылять усилия; там, где это возможно, их стоит сконцентрировать на поддержании или восстановлении минимально необходимого уровня основных функций системы. Все это приносит лучшие результаты при краткосрочном планировании. Примером может служить опыт Либерии или региона Дарфур в Судане, где за основу был принят 90-дневный цикл работы с привлечением неправительственных организаций и учреждений, оказывающих гуманитарную помощь, и с налаживанием прямых контактов с сетями периферийных служб.

В период восстановления после кризиса ситуация меняется. Требуется совершить сложный переход от экстренной помощи к долгосрочному развитию в условиях множества первоочередных задач и скудных ресурсов. Для того чтобы обеспечить минимальный набор медико-санитарных услуг для жителей сельской местности, требуется незамедлительно принять меры по укреплению сети медико-санитарной помощи и, что имеет решающее значение, кадровых ресурсов.

Опыт восстановления Мозамбика после многих лет войны показывает, что предоставление поддержки в отношении текущих расходов, децентрализованное планирование и укрепление информационной базы даже на пике кризиса могут принести свои плоды. Эти меры могут служить отправной точкой для рационализации потоков помощи, а также проложить путь к интегрированному планированию и постепенной активизации использования общесекторальных подходов. Поступление помощи для целей восстановления после конфликтов часто происходит медленно, а ее объемы непропорциональны по отношению к тем ресурсам, которые сектор общественного здравоохранения в этих странах может мобилизовать самостоятельно. Особенно важны потоки помощи для поддержки работы служб первичной медико-санитарной помощи и служб охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка. Международные участники в этих условиях обладают непропорциональной долей влияния на принятие решений. Но переход от экстренной гуманитарной помощи к помощи в целях развития особенно труден: государственные административные структуры слишком слабы, поэтому требуется время для восстановления взаимосвязей, которые позволили бы направить средства в сектор здравоохранения.

В начале 1980-х годов Камбоджа в ситуации истребления кадров здравоохранения в результате действий «красных кхмеров» ввела систему ускоренного обучения для создания кадрового потенциала. К моменту внедрения секторальных реформ штат медико-санитарных работников оказался чрезмерно раздутым, плохо обученным и, кроме того, наблюдалась несбалансированность в распределении кадров. В результате повышения квалификации медицинских сестер и перевода их в разряд врачей медсестринское звено лишилось своих лучших кадров. При поддержке доноров в учебный план по сестринскому делу были внесены изменения, в результате которых были закрыты одногодичные курсы начальной подготовки акушерок. Вместо этого введена система подготовки дипломированных акушерок с высшим образованием, что будет способствовать еще большему укреплению уже существующих акушерских кадров в городской среде, где частный сектор обеспечивает желанные дополнительные доходы *(62,63)*. Министерство здравоохранения Камбоджи вполне осознавало, что стоит перед весьма важной дилеммой, однако оно оказалось не в состоянии предпринять ответные стратегические меры для эффективного восполнения нехватки акушерского персонала в сельской местности.

Ответственность за быстрое восстановление приемлемых стандартов работы служб здравоохранения падает на располагающие недостаточными ресурсами министерства здравоохранения. В таких условиях расширение сети медико-санитарной помощи с целью охвата отдаленных территорий требует значительно больше времени и средств, чем можно было бы ожидать. Если в процессе принятия решений относительно необходимых вложений средств объемы текущих расходов недооцениваются, то это может надолго подорвать устойчивость системы.

ния эффективной и безопасной помощи матерям и новорожденным — почти повсеместно компетентность значительной части персонала не соответствует минимально необходимому уровню. Без сомнения, жизненно важно, чтобы этот уровень был достигнут теми новыми специалистами, которые пополнят ряды медицинского персонала.

Необходимой предпосылкой для восполнения нехватки кадров, совершенствования комплекса навыков и улучшения условий труда является планирование. Оно также играет важную роль в создании институционального потенциала для управления кадровыми ресурсами в сфере здравоохранения. Но одного планирования недостаточно: сегодняшние проблемы требуют немедленных решений. В истории развивающихся стран и стран, находящихся в переходном периоде, часто имели место разрушительные процессы, которые нанесли ущерб трудовым ресурсам. После многих лет небрежения накопившиеся проблемы требуют неотложного внимания, наряду с планированием и реформами, которые готовят будущее (см. вставку 7.5). Эти жгучие насущные проблемы связаны с условиями труда и занятости в государственном секторе, а также с возникающими отклонениями в поведении и продуктивности работников здравоохранения.

## Избавление от наследия небрежения

Во многих странах медицинскому персоналу государственного сектора часто приклеивают ярлыки «непродуктивного», «плохо мотивированного», «неэффективного», «недружелюбного к клиенту» или даже «коррумпированного». «Несправедливые» уровни заработной платы представляются как оправдание того, что работники здравоохранения «неизбежно» прибегают к грабительской практике, а также как объяснение причины «утечки умов» из государственного сектора в частный *(64)*. Тем самым нарушаются негласные соглашения, касающиеся психологических и социальных ценностей обслуживания, которые лежат в основе хорошо функционирующих государственных организаций *(65)*. Большинство наблюдателей согласятся с тем, что часто уровни заработной платы в государственном секторе обоснованно считаются несправедливыми и недостаточными для обеспечения прожиточного минимума, не говоря уже об их несоответствии ожиданиям специалистов здравоохранения. Во многих странах заработная плата в реальном выражении падала на протяжении последних десятилетий. Например, за 15 лет покупательная способность окладов медсестер в Мозамбике снизилась на 85–90%. В такой ситуации следует ожидать отсутствия мотивации к работе, пренебрежения обязанностями и низкой продуктивности.

Не стоит удивляться тому, что для компенсации абсурдно низких уровней заработной платы работники здравоохранения все более полагаются на стратегию «помоги себе сам» в части повышения своих доходов. Например, они конкурируют за право участвовать в семинарах или учебных курсах с привлекательными суточными или занимаются двойной практикой. *(64, 66, 67)*. Многие совмещают оплачиваемую работу в государственном секторе с обслуживанием частной клиентуры на гонорарной основе. Другие не ходят на работу и добывают средства на жизнь иными способами, кто-то из них прибегает к грабительской практике, например, вымогая неофициальную оплату услуг от пациентов, кто-то присваивает или перепродает лекарственные средства или другие расходные материалы. Проблемы, рождаемые таким поведением, все более признаются, хотя и нередко остаются запретной темой для обсуждения в министерствах здравоохранения и агентствах по поддержке развития *(68)*.

Когда работники здравоохранения занимаются совместительством, чтобы улучшить свои условия жизни или просто свести концы с концами, это не обязательно мешает выполнению ими своих основных профессиональных обязанностей; возможно, даже помогает сохранить ценные кадры на государственной

службе. Чаще, однако, такая ситуация влечет за собой, как минимум, конкурентную борьбу за использование рабочего времени в личных целях и потерю ресурсов для государственного сектора, благоприятствуя перемещению наиболее обученных и компетентных кадров из сельской местности в город, а из государственного сектора в частный. В свою очередь, усиливается привлекательность работы «на стороне», которая, как правило, лучше оплачивается и вознаграждается не только в финансовом, но и в профессиональном отношении, а также престижна с социальной точки зрения.

Более серьезные последствия возникают в результате алчного поведения работников здравоохранения, когда финансовая эксплуатация пациентов создает препятствия к их доступу к медико-санитарной помощи и может повлечь катастрофические расходы по оплате не всегда нужных или эффективных, но неизменно дорогостоящих услуг. В конечном счете, это подрывает основы законности и доверие к государственному сектору и наносит ущерб доверительным отношениям, существование которых необходимо между пользователями и провайдерами услуг.

Масштабы и характер проблемы не позволяют делать вид, будто ее не существует, или что она касается только индивидуальной этики, и надеяться, что она исчезнет сама собой. Запрещение совместительства также вряд ли окажется успешным, и, конечно же, не там, где заработная плата явно недостаточна. Как изолированная мера, введение правовых ограничений, — за исключением случаев, когда их просто игнорируют, — ведет к подпольной практике и усложняет возможность исправления ее отрицательных последствий. Несмотря на это, многие правительства все еще обращаются к запрету как главному средству борьбы с двойной практикой. Другой бесперспективный подход состоит в том, чтобы сократить количество персонала (в надежде на то, что распределение общей суммы заработной платы на меньшее число работников обеспечит больший личный доход для тех, кто не будет уволен). Такие инициативы часто вызывают столь стойкое сопротивление, что они не достигают стадии осуществления. Там, где сокращение штатов становится действительностью, оно редко сопровождается существенными увеличениями окладов, и проблема сохраняется, а система здравоохранения становится даже еще менее способной, чем прежде, к осуществлению своей миссии.

С другой стороны, примечательно, что еще многие люди остаются на государственной службе, учитывая разрыв между нынешним уровнем оплаты труда и тем, сколько они могли бы зарабатывать при альтернативной занятости. Очевидно, существуют другие источники мотивации: социальная ответственность, самореализация, профессиональная удовлетворенность, условия труда и престиж *(69)*. Фактически, большинство работников здравоохранения явно или неявно осуждают двойную практику и алчное поведение, хотя они могут пытаться объяснять и оправдывать их различными способами. Часто наблюдается противоречие между восприятием медицинскими работниками себя как честных государственных служащих, готовых достойно выполнять свою работу, и суровой реальностью, которая вынуждает их поступаться своим имиджем. Возникающее у них вследствие явной нестыковки ощущение неловкости вселяет надежду на возможность исправления ситуации. Похоже, что даже в трудных условиях поведение, которое противоречит традиционной этике государственного служащего, не воспринимается как норма. Такая неоднозначность говорит в пользу того, что будут приветствоваться меры, направленные на противодействие подрыванию основ надлежащего поведения *(70)*.

Долгий путь к реабилитации трудовых ресурсов лежит через применение постепенного подхода с использованием совокупности мер — создания возможностей для карьеры, перспектив для обучения и прочее. Предпосылкой к разрешению подобных ситуаций должна явиться открытая постановка проблемы. Это единственный путь для возможного сдерживания и ограничения действий работников, на-

правленных на получение дополнительных доходов, которые ведут к конфликтам интересов. Такой путь благоприятствует принятию специальных решений, не столь негативно влияющих на функционирование служб здравоохранения. Помимо сведения к минимуму конфликтов интересов, открытое обсуждение может смягчить ощущение несправедливости среди коллег. Оно способно помочь выстроить социальную среду, укрепляющую основы профессионального поведения, для которого будут не свойственны стремление обзавестись «своей» клиентурой в корыстных целях и произвол, распространенные в государственном секторе многих стран. Влияние коллег, например через участие в профессиональных обществах, может эффективно сказаться на улучшении профессиональной ответственности, особенно если рассматривать ее как составляющую общественной репутации и статуса *(71)*. Тогда становится возможным управлять трудовыми ресурсами наиболее открытым и предсказуемым образом. Появились признаки того, что новые поколения медицинских работников имеют более скромные ожидания, что они способны трезво оценить ситуацию и увидеть, что рынок для двойной практики исчерпал свой потенциал и в большой степени занят предыдущим поколением. Отсюда возникает возможность для введения систем стимулов, совместимых с социальными целями системы общественного здравоохранения *(72)*.

Например, если в обделенных вниманием областях финансовое вознаграждение за работу предлагается в контексте, обеспечивающем ясное понимание цели работы и необходимое признание, то это поможет восстановить утраченные ценности государственной службы. То же касается введения финансовых стимулов за качество работы. Они, в принципе, могут решить проблему конкуренции за использование рабочего времени в личных целях, которая является одним из главных недостатков двойной практики. Однако такие подходы требуют отлаженного функционирования и прозрачности действий бюрократического аппарата, то есть того, что, по определению, наиболее трудно осуществить в крупных масштабах в странах, где существует в них наибольшая потребность.

## Дестабилизация с наилучшими намерениями

Индивидуальные стратегии медицинских работников, направленные на решение своих финансовых трудностей (такие как двойная практика, вымогательство и прочие) усугубляются действиями доноров на рынках труда развивающихся стран. Часто вмешательства, предлагаемые в рамках структурных реформ или новых программ, дезорганизовывали существующий медицинский персонал, поскольку не учитывали сложившихся отношений между работодателем и наемным работником. В результате распался контингент работников здравоохранения, способных к выполнению своих основных должностных обязанностей. Были также утрачены сплоченность персонала, способность к самовосстановлению и готовность к решению новых задач *(61)*.

В последние годы международные учреждения в области развития стали более восприимчивы к этой проблеме. К тому же, они меняют методы найма на работу, с тем чтобы максимально сократить «утечку умов», связанную с переманиванием наиболее компетентных и полезных работников государственной системы здравоохранения. Многие организации в области развития по крайней мере в принципе настроены на проведение такой политики привлечения к работе, благодаря которой государственные служащие отвлекаются от своих основных обязанностей только на короткое время и возвращаются к своим служебным функциям до возникновения отрицательных последствий их отсутствия *(73)*. Доноры также являются необходимыми партнерами в поиске решений: политический диалог между донорами и правительством особенно важен для сохранения надлежащего управления и наращивания потенциала. Наряду с обеспечением возможности документирования и анализа результатов передовой практики такой диалог может помочь как реформаторам, так и провод-

никам ОЗМНР представить себе последствия развития программы для конкретных условий, в которых работает медицинский персонал.

Ситуация глубокого кризиса, которая характеризует состояние трудовых ресурсов во многих странах, требует не только долгосрочного планирования и проведения структурной реформы, но и текущего, краткосрочного администрирования. Страны должны находить такие решения кадровых проблем, которые соответствуют их конкретным обстоятельствам, политической культуре и экономическим возможностям. Однако наращивание потенциала знаний на основе мирового опыта может оказаться полезным для донорских учреждений и правительств в их аналитической и оперативной деятельности, а также при оценке возможных кадровых последствий (как запланированных, так и непреднамеренных) инициатив, направленных на решение конкретных вопросов и развитие системы здравоохранения. Возможно, это поможет им справиться с проблемами, создаваемыми двойной практикой и раздробленностью системы оказания медико-санитарной помощи прежде, чем они станут частью организационной культуры государственного сектора *(74)*.

## Решение проблемы оплаты труда

Если ничего не делать в этом отношении, вероятнее всего будет наблюдаться дальнейшее сокращение вложений в развитие кадровых ресурсов *(75)*, что поставит под угрозу возможность улучшения здоровья матерей, новорожденных и детей. Нельзя обойти вниманием тот факт, что низкие уровни заработной платы и плохие условия труда остаются главным демотивирующим фактором для работников государственного сектора. Нужно изыскать устойчивые способы обеспечения конкурентоспособного вознаграждения и комплекса стимулов, которые могут привлекать, мотивировать и удерживать компетентных и продуктивных работников здравоохранения.

Масштаб проблемы значителен. При существующих уровнях оплаты труда дополнительная общая сумма выплат по окладам, необходимая для расширения охвата населения медицинской помощью в соответствии с прогнозами, представленными в главах 5 и 6, на все ближайшее десятилетие составит 35 млрд. долл. США. Это особенно важно для стран, которые теряют кадры здравоохранения; там часто существует огромная пропасть между уровнями заработной платы и ожиданиями работников, а также между уровнями заработной платы и тем, сколько работники здравоохранения могут зарабатывать в частном секторе, при альтернативной занятости или в случае миграции в более богатые страны. Имея небольшую частную практику, врачи и руководители системы здравоохранения в странах со средним уровнем дохода могут легко зарабатывать в три раза больше, чем на основном месте работы в государственном учреждении. В странах же с низким уровнем дохода они таким образом могут зарабатывать в шесть или семь раз больше своего обычного оклада *(69)*. В Таиланде сложная система стимулов не позволила преодолеть пропасти между уровнями заработной платы врачей в государственном секторе и доходом от частной практики, но оказалась достаточной, чтобы удержать врачей в сельской местности. Это, однако, потребовало увеличения основных окладов в четыре-пять раз, в то время как уровни заработной платы медсестер были повышены на 70% *(76, 77)*. В Бразилии увеличение окладов вдвое и втрое дало некоторый эффект в плане сохранения кадров, но такое повышение уровней заработной платы считается все-таки недостаточным *(78)*. В Камбодже для обеспечения прожиточного минимума суммы окладов плюс надбавки надо было бы умножить на показатель от восьми до десяти *(79)*. В Грузии предлагается в течение ближайших нескольких лет увеличить оклады и надбавки в пять раз. Не существует единого правила, чтобы автоматически определить, насколько оплата труда медицинского персонала должна быть увеличена в странах с низким уровнем доходов, чтобы стать справедливой и конкуренто-

способной. Диапазон изменений, вносимых в уровни оплаты, значительно колеблется от страны к стране. Но можно смело утверждать, что во многих странах с неутешительными темпами прогресса по достижению ЦТР срочно необходимо весьма существенное повышение уровней заработной платы.

Это означает, что из прогнозируемых дополнительных расходов на цели наращивания масштабов ОЗМНР (91 млрд. долл. США) та часть, которая предназначена на выплату заработной платы и других льгот персоналу (35 млрд. долл. США), значительно ниже необходимого минимума для найма, удержания на рабочих местах и перераспределения медицинских кадров в 75 странах, для которых были разработаны сценарии наращивания масштабов. Простая попытка ликвидировать разрыв в вознаграждении, удваивая или даже утраивая совокупную сумму оклада и льготных выплат всему медицинскому персоналу, может оказаться недостаточной для привлечения, удержания и перераспределения квалифицированных кадров. Только для повышения оплаты труда работников служб ОЗМНР до более справедливого уровня потребуется рост государственных расходов на здравоохранение на 2% от современного уровня и затем до 17% в течение предстоящих 10 лет. Очевидно, что проблему такого масштаба наиболее бедные страны не могут решать в одиночку.

Сотрудничество в рамках общесекторальных подходов обладает потенциалом, позволяющим двигаться к сглаживанию несоответствия между уровнями заработной платы и условиями, предлагаемыми министерствами здравоохранения, донорами и неправительственными организациями, но это — только частичное решение. Повышение заработной платы автоматически не восстановит ясного понимания цели, а это необходимо, чтобы заставить функционировать государственные службы *(75)*. Работники здравоохранения должны быть уверены, что улучшения не носят характера разового, кратковременного латания дыр. Нужна ясная, предсказуемая и устойчивая гарантия того, что работа в секторе здравоохранения будет достойным образом вознаграждаться — в плане уровня жизни медицинских работников, а также их социального и профессионального статуса. Это потребует реформирования системы финансирования всего сектора здравоохранения для обеспечения долгосрочной стабильности.

## ФИНАНСОВАЯ ЗАЩИТА ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВСЕОБЩЕГО ДОСТУПА

Финансирование является и необходимым условием, и в то же время камнем преткновения при планировании в сфере охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка и разрешении кризиса кадровых ресурсов. Этот факт доноры и правительства часто отказываются признавать *(80–82)*. Обеспечение всеобщего доступа к медико-санитарной помощи для матерей, новорожденных и детей является, однако, не только вопросом увеличения объема предоставляемых услуг и оплаты труда медицинских работников. Для того чтобы услуги стали доступными, необходимо снизить или устранить финансовые барьеры, а пользователи должны получить гарантированную финансовую защиту от чрезмерной стоимости услуг, в которых они нуждаются: всеобщему доступу должна сопутствовать финансовая защита *(83)*. Только в этом случае услуги здравоохранения станут общедоступными, и базироваться общедоступность будет на потребностях людей, а не на способности их оплатить. И только тогда семьи и индивиды будут защищены от финансовых трудностей или обнищания.

Имеются по существу два основных пути организационного решения этого вопроса: через систему общего налогообложения (бюджетная система здравоохранения) или через систему медико-социального страхования. Обе системы обеспечивают защиту от финансового риска и способствуют установлению справедливости с точки зрения доступа, авансируя затраты на медицинские услуги и объединяя фонды для покрытия совокупных рисков, связанных со здоровьем.

Очевидное различие между этими двумя системами заключается в способах получения отчислений. В системах, основанных на налогообложении, главный источник средств — общие налоговые поступления, при этом налоговые средства ассигнуются государством для прямого предоставления или оплаты медицинских услуг. В случае медико-социального страхования средства на оплату медицинской помощи авансированно поступают на обязательной основе непосредственно от работающих по найму, лиц, занятых индивидуальной трудовой и предпринимательской деятельностью, а также от предприятий и государства. Оба варианта могут называться системами страхования, потому что они объединяют взносы большого количества людей; различие состоит в том, что в системах, где финансирование происходит за счет общих налоговых поступлений, страхование является неявным, в то время как при медико-социальном страховании эти цели ясны. Имеются также смешанные системы, когда организация финансовой защиты для части населения осуществляется через систему налогообложения, в то время как другие группы населения покрываются различными видами медицинского страхования или другими формами социальной защиты.

Какая бы система финансирования здравоохранения ни была принята, важны два момента. Во-первых, ни одна группа населения, в конечном счете, не должна оказаться «забытой»; во-вторых, медико-санитарные услуги по охране здоровья матерей, новорожденных и детей должны составлять неотъемлемую часть набора услуг, на которые граждане имеют право и которые финансируются согласованным образом через выбранную систему. Если эти условия выполняются, то становится второстепенным вопрос о том, предоставляются ли услуги работниками государственного сектора здравоохранения либо «приобретаются» услуги некоммерческих частных медицинских учреждений или других частных провайдеров. В действительности в большинстве стран система предоставления медико-санитарной помощи носит плюралистический характер. Выбор оптимального на определенный момент сочетания различных моделей оказания услуг зависит от конкретных обстоятельств, наличия опыта и существующих традиций. Если организация финансирования медико-санитарной помощи гарантирует всему населению справедливое соблюдение права на охрану здоровья, то в условиях плюралистических систем основной вопрос состоит не в том, на каком принципе основано оказание помощи, а в тщательном отслеживании положительных и отрицательных результатов лечебно-профилактической работы служб, а также в их обсуждении и регулировании работы.

С течением времени большинство стран склоняются к расширению практики оплаты расходов на здоровье за счет предварительно собранных поступлений и объединения средств, двигаясь в направлении всеобщей финансовой защиты и параллельно расширяя сети услуг здравоохранения. Однако могут потребоваться многие годы на то, чтобы изменить ситуацию, которая характеризуется предоставлением ограниченного объема медицинских услуг, высокими наличными платежами и лишением неимущего населения доступа к медицинскому обслуживанию и финансовой защите. Страны, находящиеся на разных этапах экономического развития и в различных социальных и политических условиях, имеют разные проблемы и могут прибегать к иным схемам, дабы обеспечить предоставление и возможность получения медицинских услуг. Они могут взимать определенную плату с получателей услуг или вводить разнообразные формы предварительной оплаты и объединения финансовых средств для конкретных групп населения.

## Взамен платы с пользователя — предварительная оплата медицинских услуг, объединение финансовых средств и реформа системы финансирования сектора

В наиболее бедных странах, где многие лишены доступа к медико-санитарной помощи, финансовая защита часто отсутствует. Предоставляемые в ограни-

ченном объеме «бесплатные» услуги обычно финансируются недостаточным образом через систему налогообложения. По оценкам, сегодня наличная оплата услуг здравоохранения потребителями в этих странах в два-три раза превышает совокупные государственные и донорские затраты. Значительная часть этих денег оседает в карманах провайдеров коммерческих услуг или уходит на неофициальные платежи. Последнее стало основным препятствием для малоимущего населения, которое лишается возможности получать дефицитное государственное медицинское обслуживание из-за непредсказуемости его стоимости, что усугубляет нежелание обращаться за такого рода услугами.

Наличные деньги пациентов, которые направляются на развитие государственных служб, редко способствуют существенному увеличению их финансирования. В ряде случаев введение оплаты услуг пациентами сопровождается повышением качества обслуживания, прекращением неофициальных платежей и появлением прозрачной структуры цен. Доход от этого позволил «вернуть к жизни» приходящие в упадок службы. Но даже в этих случаях недостатки перевешивают преимущества: в большинстве стран, например в Кении, Объединенной Республике Танзании, Папуа — Новой Гвинее и других странах введение системы платных услуг здравоохранения сократило уровень использования услуг медико-санитарной помощи неимущим населением, в том числе касающихся здоровья матерей, новорожденных и детей.

Попытки исправить ситуацию, связанную с отсутствием у части населения доступа к медико-санитарной помощи, которое явилось результатом введения прямой оплаты услуг здравоохранения, оказались малоуспешными. Схемы освобождения наименее обеспеченных групп населения от оплаты услуг редко успешно работают, отчасти из-за двойственного положения, в которое попадают медицинские работники, когда начинают понимать, что каждое утвержденное ими решение об оказании бесплатной помощи на деле ведет к прямому уменьшению доходов учреждения здравоохранения или своих собственных. Нередко большинство лиц, освобожденных от оплаты за медицинское обслуживание, составляют как раз люди, способные платить, в том числе работники медико-санитарных учреждений и их родственники *(84)*. Для смягчения конфликтов интересов сторон некоторые страны, например Камбоджа, экспериментируют с совместно финансируемыми ключевыми донорами фондами, находящимися в доверительном управлении у местных неправительственных организаций, которые не связаны непосредственно с медицинским обслуживанием. Они решают вопрос об освобождении от оплаты по своему усмотрению *(85)*. Однако когда число людей, имеющих право на такую «льготу», превышает 30% от общего числа лиц, обращающихся за медико-санитарной помощью, то устойчивость системы начинает вызывать беспокойство. Альтернативой схемам освобождения от оплаты услуг являются ссуды. В Сьерра-Леоне были опробованы схемы предоставления ссуд, предназначенных для оказания помощи на покрытие расходов, связанных с рождением ребенка *(86)*. Ссуды позволяют осуществлять оплату понесенных затрат в течение более продолжительного периода времени, частями и без процентов. Поначалу инициатива принесла некоторые успехи, но ход осуществления проекта зависит от твердости позиции общественности и степени мобилизации ресурсов. Данные о том, каких масштабов достигла эта деятельность, отсутствуют.

Одним словом, взимание платы с тех, кто пользуется медицинскими услугами, не прибавит сил получающему недостаточное финансирование сектору здравоохранения. Фактически такая практика «узаконивает» исключение неимущих и не способствует скорейшему достижению цели всеобщего доступа к медицинской помощи и финансовой защищенности. Однако отмена взимания платы с пользователей там, где она уже существует, — тоже не панацея. Необходимо, чтобы эта мера с самого начала сопровождалась структурными изменениями и реформированием системы финансирования служб здравоохране-

ния. Правительство Южной Африки, например, отменило плату с пользователей услугами в области охраны здоровья матери и ребенка, преследуя цель снижения неравенств в вопросах охраны здоровья. Это привело к увеличению объемов пользования услугами антенатальной помощи и по охране здоровья детей, но одновременно вызвало сопротивление медицинских работников, чья нагрузка увеличилась без соответствующих компенсаций или поддержки. Работники здравоохранения выражали беспокойство относительно увеличения объемов работы, перепродажи бесплатных лекарственных средств и растущей миграции из соседних государств. В отсутствие дополнительно необходимых структурных реформ, обеспечивающих повышение доли круглосуточного доступа к медицинской помощи, улучшение положения с ресурсами и с работой системы направления пациентов на более высокий уровень оказания помощи, повышение технического потенциала и изменение отношения к пациентам, успехов, достигнутых только в результате устранения финансовых барьеров, может быть недостаточно *(87)*. Без изменения финансирования служб здравоохранения и предоставления финансовой защиты отмена системы платных услуг лишь усугубляет ситуацию.

## Оптимизация механизмов финансовой защиты в переходный период

По мере расширения странами сетей здравоохранения они часто дополняют государственную или полугосударственную систему страхования с их ограниченным охватом населения (медико-социальное страхование на основе налогообложения или смешанные системы) за счет множества вариантов добровольного страхования: на уровне общин, кооперативов, страхованием за счет работодателей, а также используются другие схемы частного страхования. Такое страхование обычно обеспечивает ограниченную финансовую защиту от катастрофических расходов, помогает установлению справедливости при распределении средств и облегчает получение застрахованными лицами обслуживания соответствующего качества. Такое страхование появляется обычно в странах, которые преодолели этап массовой депривации (предоставление услуг в области здравоохранения расширилось), но для которых все еще характерны типичная для переходного периода картина «очередности» в ожидании доступа к медицинской помощи и резкие неравенства, подробно описанные в главе 2.

Внедрение схем социального страхования для неимущих слоев населения во Вьетнаме, например, гарантировало доступ к акушерской и неонатальной помощи. Но люди, живущие чуть выше черты бедности, не застрахованные в соответствии с этими схемами, остались безоружны перед катастрофическими расходами на услуги здравоохранения. Более того, наблюдается неуклонное снижение качества медицинского обслуживания на периферии; имелись сообщения, что пациенты, обращавшиеся согласно условиям страхования за медико-санитарной помощью, подвергались дискриминации в плане сроков ожидания помощи *(88)*. Другой инициативой в этом направлении является Национальная программа страхования здоровья матерей и детей в Боливии, которая покрывает антенатальную помощь, родовспоможение (включая операцию кесарева сечения и экстренную помощь), послеродовой уход и неонатальную помощь *(89)*. Затраты медицинских учреждений возмещаются ежегодно по факту оказания услуг через фонды на муниципальном уровне за счет объединенных предварительно внесенных платежей и отчислений из центральных налоговых поступлений. Почти вдвое — с 11% до 20% — повысился уровень использования женщинами из беднейших слоев населения услуг квалифицированной помощи в родах. Однако основную выгоду от такой схемы страхования, по крайней мере на начальной стадии, получили люди с высокими уровнями дохода.

Подобные схемы защищают лишь ограниченную часть населения или предлагают только ограниченный пакет услуг. Тем не менее, введение системы предварительной оплаты и объединения финансовых средств в контексте расширения сети поставляемых услуг способны ускорить достижение всеобщего доступа к медицинской помощи и финансовой защите.

### Генерализация финансовой защиты

В странах с хорошо развитой сетью служб здравоохранения, где лишь относительно узкая, маргинальная группа не имеет к ней доступа к помощи, необходимость в широком распространении финансовой защиты актуальна также и для всего остального населения. Даже семьи, которые могут позволить себе пользоваться услугами здравоохранения, бывают вынуждены уменьшить из-за этого другие важные расходы, например на образование, или могут оказаться перед угрозой катастрофических расходов.

Катастрофические расходы на здоровье, которые ежегодно повергают около 100 млн. человек в мире в состояние нищеты, имеют место везде, где медицинское обслуживание требует наличных платежей, где отсутствуют механизмы объединения финансовых средств для защиты от рисков, а семьи имеют ограниченную платежеспособность *(90)*. Такими условиями характеризуются некоторые страны со средним уровнем дохода и страны, находящиеся на переходном этапе, с хорошо развитой системой оказания медико-санитарных услуг. Например, в Бразилии и Колумбии соответственно 10% и 6% домашних хозяйств сталкиваются с необходимостью катастрофических расходов на медицинскую помощь *(91)*. По мере расширения объема предоставляемых медицинских услуг общие размеры и периодичность катастрофических расходов будут нарастать, если одновременно не разработать механизмов социальной защиты. Осложнения при родах, травмы и несчастные случаев или хронические болезни, особенно у детей, могут легко повлечь за собой губительные для семейного бюджета расходы. Самые бедные слои населения больше всего нуждаются в медико-санитарной помощи и наиболее часто оказываются лишенными доступа к ней. В то же время, финансовые последствия плохого состояния здоровья сказываются на группах населения с любым уровнем дохода, если их участие в расходах на лечение велико или если охват финансовой защитой ограничен. Таким образом, финансовая защита не должна распространяться лишь на неимущих. Всеобщий доступ требует механизма финансовой защиты, предусматривающего защиту всех домашних хозяйств от катастрофических расходов на медицинское обслуживание.

## НАПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ ПО ЭФФЕКТИВНЫМ КАНАЛАМ

Ключевым моментом на пути достижения всеобщего доступа и финансовой защите является организация финансирования. Текущие бюджетные ассигнования и международные финансовые потоки в связи с их недостаточными объемами и слишком высокой степенью непредсказуемости не могут гарантировать ни того, ни другого. В то же время, исторически сложившиеся механизмы управления финансированием, например внесение поправок в текущие программные бюджеты, предусматривающие увеличение расходов, и донорское финансирование проектов часто слишком медленно подстраивались к инициативам, нацеленным на продвижение к всеобщему доступу к медико-санитарной помощи *(92)*. Следует не только увеличить финансовые потоки, но необходимо также направить их по иным каналам.

Такие страны, как, например, Таиланд, совершили заметный скачок в расширении финансового охвата путем объединения различных частичных схем и рас-

ширения возможностей доступа к медицинскому обслуживанию для всего населения. Совершенно очевидно, что для того чтобы обеспечить адекватное предоставление услуг, необходимо достаточным образом увеличить объем финансирования. При этом страховой пакет должен покрывать широкий диапазон услуг здравоохранения, в том числе услуги, необходимые для укрепления здоровья матерей, новорожденных и детей. Проблема состоит в привлечении различных источников финансирования для улучшения как доступа, так и финансовой защиты устойчивым и предсказуемым образом. В большинстве стран финансовой устойчивости в краткосрочном и среднесрочном планах можно будет достичь только путем анализа и попытки привлечения всех возможных источников финансирования — внутренних и внешних, государственных и частных.

Оказалось, что направление ресурсов через разрозненные программы и проекты имеет свои ограничения, не в последнюю очередь из-за того, что при этом не учитываются общеструктурные кадровые вопросы. Объединение финансовых средств с использованием механизмов финансовой защиты, которые разрабатываются параллельно с действиями по увеличению доступа, обеспечивает бо?льшую предсказуемость ситуации и позволяет привлечь к проблеме финансирования кадров заслуженное внимание. При этом сохраняется возможность использовать гибкие подходы, например, прибегать к непосредственному найму персонала или приобретению услуг вне государственного сектора в соответствии с конкретными обстоятельствами каждой из стран. Объединение финансовых средств может способствовать повышению потенциала освоения капитала странами и управления влиянием финансовых потоков на инфляцию, обменные курсы и экономический рост. Но такая мера не является панацеей. Во многих странах необходимо создать институциональный потенциал для формирования и расширения четких схем, а также управления ими в целях достижения всеобщего доступа и финансовой защиты.

Правительствам для выполнения своих обязанностей в качестве конечной инстанции в отношении руководства системами здравоохранения своей страны, а также для достижения универсального охвата в определенный момент неизбежно придется решать задачу объединения схем финансовой защиты. Лишь очень немногим странам оказалось под силу объединить разрозненные каналы финансовой защиты в том случае, если их работа уже хорошо отлажена: вовлеченные интересы часто превалируют над соображениями эффективного общесистемного управления. Для облегчения задачи важно создать институциональный потенциал, чтобы задействовать схемы финансовой защиты на самых ранних этапах. Возглавлять этот процесс со встроенными механизмами «сдерживания и противовесов» должны правительства.

Для обеспечения заинтересованности политических лидеров необходимо сформулировать задачи в отношении служб охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка в контексте достижения всеобщего доступа и финансовой защиты, что может помочь высветить политическую значимость проблемы и заручиться поддержкой широких масс избирателей. Трудность состоит в том, что центральное положение вопросов охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка не гарантируется автоматически. Объединение фондов посредством использования схем страхования в целях поддержки движения в направлении достижения всеобщего доступа и финансовой защиты должно сопровождаться четким обозначением прав матерей, новорожденных и детей на получение необходимой им медико-санитарной помощи. Международное сообщество может внести определенный вклад в этом направлении, но основные усилия должны исходить от гражданского общества в странах. Успех зависит от политической активности и имеющегося институционального потенциала; кроме того, организациям гражданского общества должно быть обеспечено место за столом переговоров. По мере перехода от финансирования донорами отдельных проектов к финансированию в рамках стратегий сокращения масшта-

бов нищеты, поддержке общего бюджета и секторальной реформы могут снизиться значимость и возможности этих организаций гражданского общества. Тем не менее, они могут и должны не только предоставлять услуги *(93)*: их работа чрезвычайно важна для поддержания политической приверженности делу улучшения здоровья матерей, новорожденных и детей.

Важно, чтобы заинтересованные участники из гражданского общества принимали участие в координации механизмов финансовой защиты, особенно в процессах установления приоритетов. Это необходимо для того, чтобы не выпустить из поля зрения множество менее популярных аспектов охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка, требующих деликатного отношения при их рассмотрении (включая такие вопросы, как небезопасный аборт, подростковая беременность, сексуальное насилие и другие виды насилия, жестокое обращение с ребенком и пренебрежительное отношение к нему). Это также может оказать содействие в укреплении связи между политикой сектора здравоохранения и стратегиями, направленными на решение социально значимых вопросов гендерного неравенства, нищеты и исключения.

Кроме того, важно также привлечение заинтересованных участников гражданского общества к осуществлению общего надзора и контроля за деятельностью служб здравоохранения — как государственных, так и частных. Им предстоит сыграть важную роль, оказывая помощь матерям и их детям в получении того, что им полагается по праву, и в защите потребителей от финансовой эксплуатации и чрезмерной медикализации. Для выполнения этой контрольной функции необходимо их участие не только в планировании, но также в оценке и мониторинге проектов, программ и служб.

Во многих странах организации гражданского общества располагают небольшим институциональным потенциалом для оказания поддержки в установлении приоритетных задач, проведении мониторинга и оказании помощи матерям и их детям в обеспечении реализации их прав. Тогда требуются инвестиции в национальные организации гражданского общества, частично за счет донорских средств (вставка 7.6). В некоторых странах это сделано путем использования социальных фондов и аналогичных механизмов, в других — узаконены сотрудничество и работа на контрактной основе с некоммерческими организациями в сфере предоставления услуг, при этом сотрудничество естественным образом перерастает в диалог по вопросам политики. Однако в большинстве стран многое еще предстоит сделать; например, имеется настоятельная необходимость в лучшем документировании как успешной, так и неэффективной практики.

Для обеспечения всеобщего доступа матерей и детей к медицинскому обслуживанию необходимо, чтобы системы здравоохранения могли отвечать на потребности и запросы населения, а также предлагать защиту от финансовых трудностей, возникающих в связи с плохим состоянием здоровья. Для этого необходимо увеличить инвестирование в систему здравоохранения и кадровые ресурсы для здравоохранения. Мероприятия по охране здоровья матерей, новорожденных и детей должны находиться в центре медико-санитарных услуг, которые полагаются гражданам по праву, а также защищаются и финансируются посредством формируемых систем универсального охвата. Во многих странах потребуется сочетание внешнего и внутреннего финансирования. Успех будет достигнут только в случае наращивания глобальной поддержки и солидарности. Это создаст основу для того, чтобы положить конец повсеместно встречающемуся отсутствию доступа многих матерей и детей к медико-санитарной помощи, характеризующейся непрерывностью и преемственностью в течение беременности, родов, неонатального периода и в последующий период роста и развития ребенка. Люди хотят видеть матерей и детей здоровыми, и это необходимо обществу. Вот почему нам так дороги каждая мать и каждый ребенок в наших чаяниях о лучшем завтра.

## Вставка 7.6 Для привлечения гражданского общества требуется поддержка

В мае 2004 г. 57-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения одобрила первую стратегию ВОЗ по ускорению прогресса в области репродуктивного здоровья *(94)*. Рекомендуются действия в четырех областях, включая мобилизацию политической приверженности в качестве необходимой предпосылки для достижения успеха в укреплении потенциала системы здравоохранения; установление правильных приоритетов; создание соответствующих нормативно-правовых рамок; а также укрепление мониторинга, оценки и отчетности.

Опыт Бангладеш середины 1990-х годов показывает, что время и деньги, вложенные в мобилизацию заинтересованных контингентов населения, принесли свои плоды; если не сделать этого, то ситуация чревата отрицательными последствиями.

В 1996 г. Бангладеш сформулировала свою первую Стратегию сектора по делам здравоохранения и народонаселения (ССЗН) *(95)*, а в 1998 г. — Пятилетнюю программу сектора по делам здравоохранения и народонаселения (ПСЗН) *(96)*. Была определена главная задача — «улучшение здоровья женщин, детей и неимущих», и около 60% национального бюджета здравоохранения было выделено на пакет основных услуг, которые должны предоставляться в рамках системы первичной медико-санитарной помощи. Акцент был сделан на сфере репродуктивного здоровья: безопасное материнство, включая расширение возможностей предоставления экстренной акушерской помощи; планирование семьи; профилактика инфекций репродуктивного тракта и заболеваний, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ/СПИДа, и борьба с ними; питание матери; лечение нарушений менструального цикла и контроль осложнений небезопасных абортов; медицинская помощь подросткам; бесплодие; уход за новорожденным.

ПСЗН предусматривала крупные структурные изменения: объединение кадров здравоохранения и планирования семьи в систему единого подчинения, с тем чтобы комплексно предоставлять основные услуги; общесекторальное планирование, управление и финансирование; участие общины и заинтересованных участников в формировании политики и программы, их осуществлении и мониторинге; децентрализация служб здравоохранения и автономия в руководстве больницами; создание партнерств с неправительственными организациями; приоритетное внимание к решению гендерных вопросов.

Правительство и международные доноры сошлись во мнении о том, что гражданское общество должно быть привлечено к процессу на начальной стадии для достижения общего согласия, необходимого для проведения структурных изменений. Поэтому были выделены время, средства и персонал для работы с гражданским обществом в течение почти двух лет. Целевая группа по работе с общественностью и заинтересованными участниками организовала в рамках всей страны консультации с 34 группами заинтересованных участников, включая пользователей и провайдеров услуг, женщин, подростков и представителей этнических групп коренного населения, профессиональные и неправительственные организации, а также средства массовой информации *(97)*.

Громко прозвучавший при формулировании программы голос гражданского общества помог заручиться поддержкой ведущих политических лидеров нового правительства: Бангладеш перенесла приоритеты в области здравоохранения и инвестиции из узкой сферы планирования семьи на комплексные службы сексуального и репродуктивного здоровья. Составление общесекторальных программ и объединение на низовом уровне кадров здравоохранения с кадрами планирования семьи, наряду с различными программными инициативами, привели к значительному прогрессу Улучшились показатели здравоохранения: показатель материнской смертности (с 4,1 до 3,2 на 1000 живорождений); показатель фертильности (с 3,3 до 2,9 на одну женщину в возрасте 15–49 лет); недостаточность питания тяжелой степени (от 20,6% до 12,9%); показатель смертности детей в возрасте до пяти лет (от 96 до 83 на 1000 живорождений); охват услугами антенатальной помощи (с 26,4% до 47,5%); и удовлетворение потребностей в основной акушерской помощи (с 5,1% до 26,5%) *(98)*.

С целью планирования и координации продолжающегося в ходе осуществления плана консультативного процесса правительство учредило национальный комитет, в рамках которого было создано 25 первичных комитетов заинтересованных участников на уровне общин в различных регионах страны в качестве «групп контроля по вопросам здоровья». Однако в отличие от начальной стадии — стадии формулирования программы, консультативный процесс не получил должного развития, на него не были выделены средства, и он не получил официального признания. В рамках ежегодного подведения итогов осуществления программы в течение первых двух лет не были организованы оговоренные ранее диалоги между заинтересованными участниками.

Таким образом, когда новое правительство пришло к власти, программа оказалась не защищенной. Противники реформы, особенно те из них, кто лоббировал интересы планирования семьи, стали убеждать новое правительство в необходимости выступить против основного компонента реформы — комплексного предоставления услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью посредством объединения кадров здравоохранения и планирования семьи. В результате осуществление реформы приостановилось, и в 2003 г. правительство отменило решение об объединении кадров *(99)*. Донорские организации выразили протест, временно приостановив помощь, однако безрезультатно. Будучи с 1999 г. исключенными из процесса систематических консультаций, объединения гражданского общества практически прекратили свое существование. Теперь необходимо будет заново, практически с нуля, создавать контингент сторонников реформы.

Из опыта Бангладеш можно извлечь ряд уроков *(50)*. Во-первых, для изменения приоритетов требуется общественная поддержка. В Бангладеш основу поддержки составляли неправительственные и женские организации. Они способствовали созданию более широких объединений для оказания политического влияния. Во-вторых, для создания широкого фронта сторонников реформы и объединений требуется устойчивое финансирование не только в целях пропаганды, но также и для наращивания потенциала. В-третьих, для обеспечения доверия и сохранения влияния лучше всего делегировать руководство процессом мобилизации организациям гражданского общества. И в-четвертых, структуры, обладающие максимальным влиянием — правительства и доноры — должны предоставить соответствующим организациям гражданского общества доступ к процессам принятия решений, а также привлекать их к разработке политики, осуществлению программ и мониторингу. Только таким образом можно добиться сохранения политической приверженности в течение достаточно длительного времени, чтобы реформа могла выжить в условиях перемещений в правительстве и изменений в интересах доноров и внести значительный вклад в достижение всеобщего доступа.

Источник: *(50)*

## Библиография


1. Maine D, Rosenfield A. The Safe Motherhood Initiative: why has it stalled? *American Journal of Public Health*, 1999, 89:480–482.
2. Berer M, Sundari Ravindran TK. Preventing maternal mortality: evidence, resources, leadership, action. In: Berer M, Sundari Ravindran TK, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. London, Blackwell Science, 1999 (Reproductive Health Matters: 3–9).
3. McDonagh M, Goodburn E. Maternal health and health sector reform: opportunities and challenges. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Antwerp, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:371–385.
4. AbouZahr C. Cautious champions: international agency efforts to get safe motherhood onto the agenda. In: Van Lerberghe W, De Brouwere V, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Antwerp, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:387–414).
5. Picazzo O. Child health financing and cost-effectiveness: supplement to the report on the Analytic Review of IMCI (unpublished).
6. *The analytic review of the Integrated Management of Childhood Illness strategy. Final report, November 2003*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/ISBN_92_4_159173_0.pdf, accessed 4 February 2005).
7. McKinsey & Company. *Developing successful global health alliances*. Seattle, Bill & Melinda Gates Foundation, 2002 (http://www.gatesfoundation.org/nr/downloads/globalhealth/GlobalHealthAlliances.pdf, accessed 4 February 2005).
8. Wagstaff A, Bustreo F, Bryce J, Claeson M; WHO-World Bank Child Health and Poverty Working Group. Child health: reaching the poor. *American Journal of Public Health*, 2004, 94:726–736.
9. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet*, 2004, 364:1273–1280.
10. The Bellagio Study Group on Child Survival. Knowledge into action for child survival. *Lancet*, 2003, 362:323–327.
11. Haines A, Kuruvilla S, Borchert M. Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:724–732.
12. Lawn JE, Cousens S, Bhutta ZA, Darmstadt GL, Martines J, Paul V et al. Why are 4 million newborn babies dying each year? *Lancet*, 2004, 364:1121. 13. Goodburn E, Campbell O. Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may be the key. *BMJ*, 2001, 322:917–920.
14. OECD/DAC Working Party on Aid Evaluation. *Review of the DAC principles for the evaluation of development assistance, conclusions and recommendations*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1998.
15. Laterveer L, Niessen LW, Yazbeck AS. Pro-poor health policies in poverty reduction strategies. *Health Policy and Planning*, 2003, 18:138–145.
16. Walford V. Health in Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs): an introduction and early experience. London, DFID Health Systems Resource Centre, 2002.
17. Craig D, Porter D. Poverty Reduction Strategy Papers: a new convergence. *World Development*, 2003, 31:53–69.
18. *Poverty Reduction Strategy Papers: their significance for health: second synthesis report*. World Health Organization, Geneva, 2004 (WHO/HDP/PRSP/04.1).
19. Peters D, Chao S. The sector-wide approach in health: what is it? Where is it leading? *International Journal of Health Planning and Management*, 1998, 13:177–190.
20. Cassels A, Janovsky K. Sectoral investment in health: prescription or principles? *Social Science and Medicine*, 1997, 44:1073–1076.
21. Graham W, Hussein J. The right to count. *Lancet*, 2004, 363:989.

22. Harrold P and Associates. *The broad sector approach to investment lending*. World Bank, New York, NY, 1995 (World Bank Discussion Papers, Africa Technical Department Series, No. 302).
23. Cassels A. *A guide to sector-wide approaches for health development: concepts, issues and working arrangements*. World Health Organization, Geneva, 1997.
24. Cassels A. Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of International Development*, 1995, 7: 329–347.
25. Foster M, Brown A, Conway T. *Sector-wide approaches for health development: a review of experience*. World Health Organization, Geneva, 2000 (WHO/GPE/00.1).
26. Hill PS. The rhetoric of sector-wide approaches to health development. *Social Science and Medicine*, 2002, 54:1725–1737.
27. Buse K, Gwin C. The World Bank and global cooperation in health: the case of Bangladesh. *Lancet*, 1998, 351:665–669.
28. Lush L, Cleland J, Walt G, Mayhew S. Integrating reproductive health: myth and ideology. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:771–777.
29. Abrantes AV. Strategic options for World Bank support to Africa in health, nutrition and population. Paper presented at: Forum Barcelona, Barcelona, 8 June 2004 (http://www.barcelona2004.org/eng/eventos/ dialogos/docs/ ponencias/154p_ aabranteseng.pdf, accessed 2 October 2004).
30. Brown A, Foster M, Norton A, Naschold F. *The status of sector wide approaches*. Overseas Development Institute, London, 2001 (Working Paper 142).
31. Standing H. An overview of changing agendas in health sector reforms. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:19–28.
32. Rosenfield A, Maine D. Maternal mortality – a neglected tragedy. Where is the M in MCH? *Lancet*, 1985, 2:83–85.
33. *Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement*. Geneva, World Health Organization, 1999.
34. Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organizing delivery care: what works for safe motherhood? *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:399–406.
35. De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Antwerp, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17).
36. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, 2003, 362:65–71.
37. Mayhew SH, Lush L, Cleland J, Walt G. Implementing the integration of component services for reproductive health. *Studies in Family Planning*, 2000, 31:151–162.
38. Mayhew S. Integrating MCH/FP and STD/HIV services: current debates and future directions. *Health Policy and Planning*, 1996, 11:339–353.
39. Berer M. Integration of sexual and reproductive health services: a health sector priority. *Reproductive Health Matters*, 2003, 11:6–15.
40. Huque ZA, Leppard M, Mavalankar D, Akhter HH, Chowdhury TA. Safe motherhood programmes in Bangladesh. In: Berer M, Sundari Ravindran TK, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. London, Blackwell Science, 1999 (Reproductive Health Matters: 53–61).
41. Cook RJ, and Bevilacqua MBG. Invoking human rights to reduce maternal deaths. *Lancet*, 2004, 363:73.
42. Jeppsson A. SWAp dynamics in a decentralized context: experiences from Uganda. *Social Science and Medicine*, 2002, 55:2053–2060.
43. Peters D, Chao S. The sector-wide approach in health. What is it? Where is it leading? *International Journal of Health Planning and Management*, 1998, 13:177–190.

44. Walt G, Pavignani E, Gilson L. Buse K. Managing external resources in the health sector: are there lessons for SWAps? *Health Policy and Planning*, 1999, 14:273–284.
45. Penrose P. *Sector development programmes: definitions and issues*. Oxford, Oxford Policy Management, 1997.
46. Pathmanathan I, Liljestrand J, Martins JM, Rajapaksa LC, Lissner C, de Silva A et al. *Investing in maternal health: learning from Malaysia and Sri Lanka*. Washington, DC, The World Bank, 2003 (Human Development Network, Health, Nutrition and Population Series).
47. Miller S, Sloan NL, Winikoff B, Langer A, Fikree FF. Where is the 'E' in MCH? The need for an evidence-based approach in safe motherhood. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2003, 48:10–18.
48. Campbell OMR. What are maternal health policies in developing countries and who drives them? A review of the last half-century. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Antwerp, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:415–448).
49. AbouZahr C. Safe motherhood: a brief history of the global movement 1947–2002. *British Medical Bulletin*, 2003, 67:13–25.
50. Jahan R, Germain A. Mobilising support to sustain political will is the key to progress in reproductive health. *Lancet*, 2004, 364:742–744
51. *The Millennium Development Goals for health: rising to the challenges*. Washington, DC, World Bank, 2004.
52. *Reducing maternal deaths – evidence and action. A strategy for DFID*. London, United Kingdom Department for International Development, 2004 (Draft, 26 May 2004).
53. *Shaping policy for maternal and newborn health: a compendium of case studies*. Baltimore, MD, JHPIEGO, 2003.
54. *Skilled care during childbirth policy brief: saving women's lives, improving newborn health*. New York, NY, Safe Motherhood Inter-Agency Group, 2002.
55. Van Lerberghe W, De Brouwere V. Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Antwerp, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:7–33).
56. Hardee K, Agarwal K, Luke N, Wilson E, Pendzich M, Farrell M. *Post-Cairo reproductive health policies and programs: a comparative study of eight countries*. Washington, DC, The POLICY Project, 1998.
57. Lowell G, Findlay A. *Migration of highly skilled persons from developing countries: impact and policy responses*. Geneva, International Labour Office, 2001.
58. *The health sector human resources crisis in Africa: an issue paper*. Washington, DC, United States Agency for International Development, Bureau of Africa, Office of Sustainable Development, 2003.
59. Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2004, 2:13.
60. Tawfik L, Kinoti SN. *The impact of HIV/AIDS on the health sector in sub-Saharan Africa: the issue of human resources*. Washington, DC, United States Agency for International Development, Bureau for Africa, Office of Sustainable Development, 2001.
61. The Joint Learning initiative. *Human resources for health: overcoming the crisis* (http://www.globalhealthtrust.org/Report.html, accessed 7 February 2005).
62. *First biennial review of the health workforce development plan 1996–2005*. Phnom Penh, Ministry of Health, 1999.
63. Van Lerberghe W. *Safer motherhood component of the health sector support programme, Cambodia*. London, DFID Centre for Sexual and Reproductive Health, 2001.

64. Ferrinho P, Van Lerberghe W. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance & individual coping strategies.* Antwerp, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16).
65. Webber T. Strategies for surviving and thriving in organizations. *Career Development International*, 1997, 2:90–92.
66. Tracy J, Antonenko M. In Russian health care, you get what you pay for, even when it is free. In: Hodess R, Banfield J, Wolfe T, eds. *Global corruption report 2001.* Berlin, Transparency International, 2001:115.
67. Alcбzar L, Andrade R. Induced demand and absenteeism in Peruvian hospitals. In: Di Tella R, Savedoff WD, eds. *Diagnosis corruption. Fraud in Latin America's public hospitals.* Washington, DC, Inter-American Development Bank, 2001:123–162.
68. Van Lerberghe W, Conceiзro C, Van Damme W, Ferrinho P. When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:581–584.
69. Macq J, Ferrinho P, De Brouwere V, Van Lerberghe W. Managing health services in developing countries: between the ethics of the civil servant and the need for moonlighting. *Human Resources for Health Development Journal*, 2001, 5:1–3;17–24.
70. Ferrinho P, Omar, MC, de Jesus Fernandes M, Blaise P, Bugalho AM, Van Lerberghe W. Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health*, 2004, 2:4.
71. Brugha R, Zwi A. Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies. *Health Policy and Planning*, 1998, 13:107–120.
72. Adams O, Hicks V. *Pay and non-pay incentives, performance and motivation.* Paper prepared for: Global Health Workforce Strategy Group, World Health Organization, Geneva, December 2001 (http://www.who.int/hrh/documents/en/pay_non_pay.pdf, accessed 7 February 2005).
73. Adams O. Internal brain-drain and income topping-up: policies and practices of the World Health Organization. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W, eds. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance & individual coping strategies.* Antwerp, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16:203–206).
74. Van Lerberghe W, Adams O, Ferrinho P. Human resource impact assessment. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:525.
75. Segall M. From cooperation to competition in national health systems – and back? Impact on professional ethics and quality of care. *International Journal of Health Planning and Management*, 2000, 15:61–79.
76. Nitayarumphong S, Srivanichakom S, Pongsupap Y. Strategies to respond to health manpower needs in rural Thailand. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W, eds. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance & individual coping strategies.* Antwerp, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16:55–72).
77. Kittimunkong S. Coping strategies in Hua Thalay urban health centre, Korat, Thailand. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W, eds. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance & individual coping strategies.* Antwerp, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16:231–238).
78. Dal Poz MR. Cambios en la contraction de recursos humanos: el caso del programa de salud de la familia en Brasil [Changes in the hiring of health personnel: the family health programme in Brazil]. *Gaceta Sanitaria*, 2002, 16:82–88.
79. Hardeman W, Van Damme W, Van Pelt M, Por I, Kimvan H, Meessen B. access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2004, 19:22–32.

80. Brown A. *Current issues in sector-wide approaches for health development: Tanzania case study*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/GPE/00.6).
81. Brown A. *Current issues in sector-wide approaches for health development: Mozambique case study*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/GPE/00.4).
82. Brown A. *Current issues in sector-wide approaches for health development: Uganda case study*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/GPE/00.3).
83. *Universal coverage: options for the organization of health financing systems*. Geneva, World Health Organization, 2004 (Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation, Technical Brief for Policy, No. 1, Draft, November 2004).
84. Briasco C, Floate H, Tate A. Feeding the System. Brisbane, University of Queensland, 2004 (unpublished MPH dissertation).
85. Meesen B, Van Damme W, Por I, Van Leemput L, Hardeman W. *The new deal in Cambodia: the second year. Confirmed results, confirmed challenges*. Phnom Penh, Мйdecins sans Frontиres, 2002.
86. Fofana P, Samai O, Kebbie A, Sengeh P. Promoting the use of obstetric services through community loan funds, Bo, Sierra Leone. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1997, 59(Suppl. 2): S225–S230.
87. Schneider H, Gilson L. The impact of free maternal health care in South Africa. In: Berer M, Sundari Ravindran TK, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. London, Blackwell Science, 1999 (Reproductive Health Matters: 93–101).
88. Conway T. *Current issues in sector-wide approaches for health development: Viet Nam case study*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/GPE/00.5).
89. Seoane G, Equiluz R, Ugalde M, Arraya JC. Bolivia, 1996–2000. In: Koblinsky MA, ed. *Reducing maternal mortality*. Washington, DC, World Bank, 2003:83–92.
90. *Reducing catastrophic health expenditure in the design of health financing systems*. Geneva, World Health Organization, 2004 (Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation, Technical Brief for Policy, No. 2, Draft, November 2004).
91. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 2003, 362:111–117.
92. Brown A, Foster M, Norton A, Naschold F. *The status of sector-wide approaches*. London, Overseas Development Institute, 2001 (Working Paper 142).
93. *Thailand's health care reform project, 1996–2001. Final report, July 2001*. Bangkok, Ministry of Public Health, 2001.
94. *Reproductive health: report by the Secretariat*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/reproductive-health/A57_13_en.pdf, accessed 9 February 2005).
95. *Bangladesh: health and population sector strategy 1996*. Dhaka, Government of Bangladesh, 1997.
96. Health and population sector programme 1998–2003: programme implementation plan. Dhaka, Government of Bangladesh, 1998.
97. Ahmed N. Voices of stakeholders in Bangladesh health sector reform. In: Yazbeck A, Peters D, Wagstaff A, eds. *Health policy research in South Asia: guiding reforms and building capacity*. Baltimore, MD Johns Hopkins University Press, 2003, 14:369–400.
98. Streatfield PK, Mercer A, Siddique AB, Khan ZUA, Ashraf A. *Health and Population Sector Programme 1998–2003. Bangladesh: status of performance indicators 2002; a report for the Health Programme Support Office for the annual programme review 2002*. Dhaka, ICDDR,B-Centre for Health and Population Research, 2003 (ICDDR,B special publication, no. 116).
99. Jahan R. Restructuring the health system: experiences of advocates for gender equity in Bangladesh. *Reproductive Health Matters*, 2003, 11:183–191.

J. Gorstein/WHO

# статистическое приложение
# пояснительные комментарии

**Таблицы в данном статистическом приложении содержат информацию о здоровье населения в государствах-членах и регионах ВОЗ за 2003 г. (таблицы 1, 2а и 2б приложения), о причинах смерти детей в возрасте до 5 лет и новорожденных в 2000–2003 гг. (таблицы 3 и 4 приложения), выборочные агрегированные данные о здоровье населения за 1998–2002 гг. (таблицы 5 и 6 приложения) и выборочные показатели репродуктивного здоровья, а также здоровья матерей и новорожденных (таблицы 7 и 8 приложения). Приведенные ниже комментарии содержат анализ концепций, методов и источников информации, а также ссылки на более детальную документацию. Можно надеяться, что тщательный анализ и использование результатов позволят улучшить количественное определение ключевых показателей здоровья населения и финансирования систем здравоохранения.**

Темой «Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г.» является здоровье матерей и детей. В настоящее время имеются новейшие оценочные данные о смертности и причинах смерти детей в возрасте до 5 лет, поэтому особое внимание уделено как оценочным, так и эмпирическим данным о смертности и причинах смерти детей в этой возрастной группе. В таблице 3 приложения, где приведены оценочные данные и распределение случаев смерти по причинам, основное внимание сосредоточено на смертности детей в возрасте до 5 лет. Впервые публикуются оценочные данные о распределении случаев смерти новорожденных по причинам смерти (таблица 4 приложения). Соответственно таблица распределения оценочных данных о случаях смерти по причинам, полу и подгруппам уровня смертности, которая публиковалась в предыдущих докладах о состоянии здравоохранения в мире, в этом докладе не приводится.

Из восьми главных целей, сформулированных на Саммите тысячелетия Организации Объединенных Наций в 2000 г., шесть целей относятся непосредственно к проблемам здоровья и благосостояния женщин и детей. Эти Цели тысячелетия в области развития (ЦТР) отражают полное признание правительствами того, что улучшение благосостояния людей является предпосылкой для экономического развития. Для осуществления мониторинга прогресса в достижении ЦТР, а также в выполнении основных инициатив по вопросам здоровья детей решающее значение имеет хорошая информационная основа.

Для Организации Объединенных Наций очень важно распространить идентичные оценочные данные по ЦТР, включая данные о смертности детей в возрасте до 5 лет, чтобы способствовать более рациональному использованию этих статистических данных при планировании политики здравоохранения или при осуществлении мониторинга и оценки программ. Таким образом, возникает экстренная необходимость в разработке системы, с помощью которой Организация Объединенных Наций будет выражать единую точку зрения и приводить согласованные оценочные данные. Четыре специализированные агентства — ВОЗ, Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Отдел народонаселения ООН и Всемирный банк — организовали

в мае 2004 г. совещание по проблемам детской смертности (показатели среди детей первого года жизни и среди детей в возрасте до 5 лет). Участники совещания согласились с необходимостью предпринять следующие меры для дальнейшего улучшения их совместной деятельности с целью совершенствования оценочного процесса на регулярной основе: создание единой базы данных; обсуждение используемых в настоящее время методов и возможных путей их улучшения; обращение большего внимания на развитие потенциала стран и проведение обучения для улучшения доступности данных и их качества.

Соответственно, ВОЗ и ЮНИСЕФ подготовили более точные данные о показателях смертности детей в возрасте до 5 лет по отдельным странам за период с 1990 г. по 2003 г., которые были использованы в качестве основы для расчета оценочных данных, представленных в таблицах 1а и 2а приложения. Следует подчеркнуть, что такие оценочные данные не могли быть получены с помощью прямой экстраполяции зарегистрированных данных. В таблице 2б суммированы эмпирические данные, послужившие основой для определения оценочных данных о смертности по возрастным группам детей в возрасте до 5 лет.

ВОЗ является организацией, которая несет первичную ответственность за подготовку оценочных данных о специфических причинах смертности. Основной проблемой было отсутствие точных данных о специфических причинах смертности в развивающихся странах, особенно в странах с наиболее высокими показателями смертности. В сотрудничестве со своими региональными бюро штаб-квартира ВОЗ собирает информацию из 192 государств о причинах смертности населения. Имеющееся соглашение между штаб-квартирой ВОЗ и региональными бюро гарантирует отсутствие на уровне стран дублирования в работе по представлению данных в ВОЗ. Региональные бюро ВОЗ для стран Америки, Восточного Средиземноморья, а также Европейское региональное бюро предпринимают одновременные усилия для того, чтобы данные представлялись регулярно и своевременно. Данные из Африканского региона практически отсутствуют, что приводит к большим сложностям в оценке значения специфических причин смертности в этом регионе.

Информация, представленная государствами-членами ВОЗ, затем становится частью уникальной исторической базы данных ВОЗ о причинах смертности населения (WHO Mortality Database), в которой содержатся данные, начиная с 1950 г. *(1)*. В течение 2000-2003 гг. около 100 стран представили в ВОЗ свою официальную статистическую информацию, которая включает сведения о приблизительно 18 млн. случаев смерти. Однако следует отметить, что более двух третей смертных случаев в мире не регистрируются.

Этот дефицит информации необходимо заполнить как путем продолжения сотрудничества со странами с целью получения более современных данных о смертности, так и с помощью сотрудничества с партнерами для пропаганды более совершенных методов и инвестиций в сбор данных и их анализ. Существует также необходимость в лучшей гармонизации оценок специфических причин смертности в самой ВОЗ, а также с другими организациями системы ООН и с академическими учреждениями.

В 2001 г. ВОЗ организовала Референс-группу по эпидемиологии здоровья детей (CHERG — Child Health Epidemiology Reference Group), которая призвана оказать помощь в повышении качества оценочных данных о специфических причинах смерти среди детей. Эта группа, состоящая из независимых технических экспертов, разработала и применила на практике точные стандарты для оценки основных причин детской смертности; группа работала в тесном сотрудничестве с ВОЗ и ЮНИСЕФ, чтобы включить результаты своей работы в проводимую ВОЗ более широкую оценку здоровья детей на глобальном, региональном, а при возможности — и на национальном уровнях. Дополнительную информацию о методах, рекомендованных CHERG, и результатах работы этой группы можно найти в соответствующей публикации *(2)*. Результаты сотрудничества ВОЗ с CHERG и с ЮНИСЕФ представлены в таблицах 3 и 4 приложения.

Эти оценочные данные были проанализированы и одобрены Отделом здоровья и развития детей и подростков ВОЗ (CAH) и Отделом измерений и информационных систем здравоохранения ВОЗ (MHI), Отделением политики и планирования ЮНИСЕФ (DPP) и независимой группой внешних экспертов. Первоначальные оценочные данные ВОЗ и технические пояснения к ним были направлены в государства-члены ВОЗ для комментариев. Полученные от стран комментарии и данные были обсуждены с этими странами и по возможности включены в общие материалы. Публикуемые здесь данные следует интерпретировать скорее как лучшие оценочные данные ВОЗ, но не как официальные точки зрения государств-членов ВОЗ.

## ТАБЛИЦА 1 ПРИЛОЖЕНИЯ

Все оценочные данные о численности и структуре населения за 2003 г. основаны на результатах демографических оценок, подготовленных Отделом народонаселения ООН *(3)*. Эти оценочные данные касаются фактического населения, а не официальных данных о численности населения государств-членов ВОЗ. Данные о ежегодном приросте населения, индексе зависимости, проценте населения в возрасте старше 60 лет и общем показателе рождаемости получали из той же базы данных Отдела народонаселения ООН.

Для оценки общих уровней достижений в здравоохранении очень важно разработать оптимальную оценку таблиц смертности для каждой страны. Таблицы смертности были разработаны на 2003 г. для всех 192 государств-членов ВОЗ, начиная с систематического обзора данных относительно уровней и тенденций смертности среди детей в возрасте до 5 лет и среди взрослых, которые можно было почерпнуть из материалов эпидемиологических исследований, переписей населения, выборочных систем регистрации, лабораторий народонаселения и регистрации рождений и смертей. Этот обзор существенно выиграл благодаря совместной оценке уровней смертности детей в возрасте до 5 лет за 2003 г., осуществленной ВОЗ и ЮНИСЕФ. ВОЗ применяет стандартный метод для оценки и составления прогностических таблиц смертности для всех государств-членов ВОЗ, используя сопоставимые данные. Это может привести к незначительным различиям при сопоставлении с официальными таблицами смертности, подготовленными государствами-членами ВОЗ.

Сведения об ожидаемой продолжительности жизни при рождении, вероятности смерти до достижения ребенком пятилетнего возраста (показатель смертности детей в возрасте до 5 лет) и вероятности смерти в период между 15 и 60 годами (показатель смертности взрослых) можно найти в оценочных таблицах, которые ВОЗ подготовила для каждой страны. Методы, использованные при подготовке таблиц с данными за 2003 г., различались применительно к разным странам в зависимости от наличия информации для оценки показателей смертности детей и взрослых. Из-за увеличивающейся гетерогенности характеристик смертности детей и взрослых ВОЗ разработала систему модельных двухпараметрических таблиц, а также дополнительный специфический возрастной параметр для корректировки систематических ошибок применительно к двухпараметрической системе; при этом в качестве основы использовали около 1800 таблиц, составленных на основании материалов официальной регистрации с достаточно высоким качеством данных *(4)*. Эту систему модельных таблиц смертности интенсивно использовали при составлении таблиц смертности для тех стран, где отсутствовали адекватные статистические данные, а также при экстраполяции таблиц смертности на 2003 г. в случаях, когда имелась статистическая информация за ближайшие предшествующие годы. Оценочные данные за 2003 г. были пересмотрены с учетом новой информации, полученной из многих стран со времени публикации *«Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2004 г.»*, поэтому они могут быть частично несопоставимы с данны-

ми, опубликованными в более ранних докладах. Методы, использованные при составлении таблиц смертности, суммированы ниже и детально описаны в прежних публикациях *(4, 5)*.

Для стран с налаженной регистрацией рождений и смертей и системами выборочной регистрации таких данных вначале были использованы демографические методы (метод Престона-Коула, метод Брасса «рост-баланс», метод «генерализованный рост-баланс» и метод Беннетта-Хориуши), чтобы оценить полноту зарегистрированных данных о смертности в субпопуляциях старше 5 лет, после чего эти данные были соответствующим образом откорректированы *(6)*. Там, где имелись официальные статистические данные о рождаемости и смертности за 2003 г., эти данные были непосредственно использованы для составления таблиц смертности. Для других стран, где благодаря существующей системе сбора информации имелись таблицы за несколько предшествующих лет, были рассчитаны параметры ($l_5$, $l_{60}$) с использованием модели взвешенной регрессии, которая придает большее значение последним по времени данным (с использованием схемы экспоненциального взвешивания, в которой «вес» каждого года «*t*» был на 25% меньше, чем вес года «*t+1*»). Применительно к странам, где общая численность населения составляла менее 750 000 человек или где средняя квадратичная ошибка регрессии составляла 0,011 или больше, краткосрочные тенденции оценивали с помощью фактора взвешивания с 50%-ным ежегодным экспоненциальным снижением. Затем использовали расчетные величины двух параметров из этих таблиц для модели модифицированных логитных таблиц смертности, используя в качестве стандарта последние имеющиеся национальные статистические данные, позволявшие отразить самые последние возрастные характеристики, для составления полных таблиц смертности за 2003 г.

Применительно ко всем государствам-членам оценивали и другие имеющиеся данные — например, результаты эпидемиологических обследований или переписей населения, которые уточняли для оценки вероятных тенденций за последние несколько десятилетий, чтобы прогнозировать показатели детской смертности за 2003 г. При расчете оценочных данных за 2003 г. был использован стандартный подход для определения показателя детской смертности (см. более детальные сведения в таблице 2а приложения) *(7)*. Эти оценочные данные были использованы, с одной стороны, чтобы заменить данные о смертности детей в возрасте до 5 лет в таблицах тех стран, в которых существует регистрация рождений и смертей, но не имеется полной информации о числе смертей среди детей в возрасте до 5 лет. С другой стороны, для стран без дееспособной системы регистрации рождений и смертей, а это преимущественно страны с высокой смертностью, в модифицированной логарифмической системе как один из критериев используются прогнозируемые показатели смертности детей в возрасте до 5 лет. Показатели смертности взрослых рассчитывали на основании результатов эпидемиологических обследований или переписей населения, если они проводились; в остальных случаях наиболее вероятный соответствующий уровень смертности взрослых оценивали на основе моделей регрессии, сравнивая смертность детей и взрослых с использованием около 1800 таблиц смертности. Эти оценочные показатели смертности детей и взрослых сравнивали затем с глобальным стандартом, который представлял собой среднее значение из всех таблиц смертности, и использовали модифицированную логитную модель для получения оценочных данных за 2003 г.

Необходимо отметить, что логарифмическая система модельных таблиц смертности с использованием глобального стандарта не учитывает характеристик интенсивной эпидемии ВИЧ/СПИДа, так как фактографические базовые таблицы смертности не были получены из стран, охваченных этой эпидемией. Аналогичным образом не были учтены случаи смерти, связанные с военными действиями, так как в это время система регистрации рождений и смертей не-

редко перестает функционировать *(8)*. Именно поэтому для стран с эпидемией ВИЧ/СПИДа и военными действиями показатели смертности рассчитывали без учета смертей, связанных с ВИЧ/СПИДом и с военными действиями, но дополнительно приведены оценочные данные за 2003 г. о смертности, связанной с ВИЧ/СПИДом и с военными действиями.

Основные результаты в таблице 1 приложения представлены с доверительными интервалами, чтобы дать читателю представление о вероятных границах оценочных данных для каждой страны и по каждому параметру. Для стран с данными о регистрации рождений и смертей, рассчитанными с использованием временных моделей регрессии по параметрам системы логарифмических таблиц смертности, доверительные интервалы для коэффициентов регрессии подсчитывали, используя 1000 случайно выбранных значений параметров с использованием оценочных величин регрессии и вариантно-ковариантной матрицы оценочных коэффициентов. Для каждой выборки составляли новую таблицу смертности. В случаях, когда дополнительные источники информации давали правдоподобные интервалы показателей смертности детей в возрасте до 5 лет и взрослых, 1000 выбранных значений параметров были взяты таким образом, чтобы показатели в каждой таблице смертности укладывались в эти специфические интервалы. Диапазон этих 1000 таблиц смертности, составленных с помощью таких множественных выборок, отражает некоторую неточность в расчетных трендах смертности, а именно: неточное количественное определение систематических изменений логарифмических параметров в течение периода времени, охваченного имеющимися данными о регистрации рождений и смертей.

Применительно к странам, в которых имеются полные статистические данные о регистрации смертей в 2003 г. и для которых оценочные расчеты не проводили, доверительные интервалы в таблицах смертности отражают математические границы, подсчитанные в соответствии с распределением Пуассона, в оцениваемых показателях смертности в специфических возрастных группах на основе конкретного числа смертей за фиксированный промежуток времени, равный одному году.

Применительно к странам, в которых многолетние данные о смертности по возрасту и полу отсутствуют, проводили следующие расчеты. Прежде всего, определяли точную величину и доверительные интервалы показателей смертности детей в возрасте до 5 лет и взрослых, с разбивкой по полу, применительно к каждой стране *(5)*. В описанной модифицированной логитной системе таблиц смертности *(4)* величины этих двух параметров могут быть использованы для определения интервалов в различных таблицах смертности в отношении глобальной стандартной таблицы смертности. С использованием методов симуляции Монте Карло были составлены 1000 случайных таблиц смертности путем выборки величин из нормального распределения этих данных с вариантами, определенными в соответствии с доверительными интервалами. В странах, где разброс величин показателей смертности детей в возрасте до 5 лет и взрослых был большим из-за скудости информации о результатах исследований или надзора, данные брали в широких пределах, но результаты «сжимали» на основе оценочных максимальных и минимальных вероятных значений для точечных оценок.

Применительно к 55 странам, главным образом в Африке к югу от Сахары, оценочные величины для таблиц смертности определяли путем составления контрафактических (условных) таблиц смертности, исключив предварительно влияние эпидемии ВИЧ/СПИДа на показатели смертности, а затем комбинируя эти таблицы смертности с экзогенными оценками показателей избыточной смертности за счет ВИЧ/СПИДа. Эти оценки были основаны на моделях обратных расчетов, разработанных в результате совместных усилий ВОЗ и Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), чтобы определить оценоч-

ные эпидемиологические данные по ВИЧ/СПИДу на уровне отдельных стран. В странах, где значительное число смертей было связано с военными действиями, оценочные величины доверительных интервалов были также включены в таблицы смертности.

## ТАБЛИЦА 2А ПРИЛОЖЕНИЯ

Оценочные данные о детской смертности регулярно публикуются различными международными организациями, в том числе и ВОЗ. Чтобы объяснить использованную методику, а иногда и для того, чтобы сообщить о наличии эмпирических данных, которые лежат в основе оценок, используются сноски. Однако чаще читатель, знакомящийся с таблицами, не получает сведений об источниках информации. В данном комплекте таблиц ВОЗ предприняла первую попытку привести краткое резюме об использованной эмпирической информации. Это позволит читателю составить представление, в какой степени оценочные данные основаны на реальных данных, а в какой — на допущениях. В данный момент таблицы не содержат оценки качества данных. Однако качество эмпирической информации учитывалось в процессе оценки.

В контексте Целей тысячелетия в области развития (ЦТР) особое внимание уделяется измерению прогресса в достижении цели №4 «сократить на две трети за период 1990–2015 гг. смертность среди детей в возрасте до 5 лет». На уровне стран это означает не только усилия правительств по внедрению инициатив в области охраны здоровья детей, но также создание надежной системы для мониторинга такого прогресса. Такая система, будучи внедрена, должна предоставлять информацию о числе смертей среди детей в возрасте до 5 лет с анализом по полу, возрасту и причинам смерти. Однако именно в странах с высокими уровнями детской смертности имеется очень мало такой информации или она вообще отсутствует, особенно в отношении тенденций.

В таблице 2а приложения представлены источники информации и данные о смертности детей в возрасте до 5 лет за последние 25 лет, сведения о которых имеются в ВОЗ. Были приложены все возможные усилия для обеспечения полноты и точности представленной информации, хотя эта таблица и не является исчерпывающей. Собранные данные суммированы по трем периодам: 1980–1989 гг., 1990–1999 гг. и 2000–2003 гг. Однако только данные, собранные в самое последнее время, дают новую информацию о тенденциях изменения детской смертности в новом тысячелетии. Во всех других случаях оценочные данные для ЦТР взяты полностью из расчетов, которые были основаны на трендах, рассчитанных на основании эмпирических данных, собранных в период до 2000 г.

Существуют четыре основных источника эмпирических данных о смертности детей в возрасте до 5 лет: регистрация рождений и смертей (РРС), система выборочной регистрации рождений и смертей (СВР), эпидемиологические обследования и переписи населения. Регистрация рождений и смертей, а также система выборочной регистрации предоставляют информацию о числе смертей с распределением по возрасту и полу; эти сведения получены в результате непосредственных наблюдений и регистрации каждого случая смерти. Это — проспективно собираемые данные. В случае использования материалов обследований или переписей эмпирическая информация основана на ретроспективных данных. Интервьюирование главным образом матерей или других членов семьи или главы семьи дает информацию о выживании детей в семье. Эти данные могут быть получены путем сбора информации за конкретный период времени до проведения интервью в рамках эпидемиологического обследования или переписи, путем сбора информации о рождении детей или с помощью вопросов о числе родившихся детей и числе детей, которые живы на момент проведения интервью («непрямые» вопросы Брасса) *(9)*.

Источники информации, перечисленные в таблице 2а приложения, были использованы для расчетов тенденций и проекций показателей у детей в возрасте до пяти лет за 2003 г., которые представлены в таблицах 1 и 2а приложения. Чтобы обеспечить сопоставимость данных из разных стран, для определения данных о детской смертности за недавние годы был использован стандартный подход; это может привести к некоторым расхождениям с официальными статистическими данными, представленными странами *(7)*. Применительно к каждой стране расчетные показатели детской смертности определяли с использованием регрессии взвешенных минимальных квадратов показателей детской смертности с использованием референс-дат. Поясняющая варианта включает дату, а также учитывает динамику изменения показателей смертности среди детей в возрасте до пяти лет за определенные периоды времени. Вес, придаваемый каждым конкретным данным, отражает их качество и соответствие всем остальным конкретным данным. В других случаях были использованы дополнительные источники информации, которую вводили в стандартную модель регрессии.

Регистрация рождений и смертей может рассматриваться, как золотой стандарт для сбора данных о смертности, так как она позволяет осуществлять учет по возрасту и полу. Системы регистрации рождений и смертей с высоким уровнем полноты информации существуют во всех развитых странах. Хотя некоторые развивающиеся страны предпринимают усилия для улучшения своих систем регистрации рождений и смертей, во многих других странах этой группы, особенно в странах с очень высокими уровнями смертности, такие системы не существуют. Другим источником данных о смертности населения являются системы выборочной регистрации рождений и смертей, которые позволяют оценивать рождаемость и смертность на национальном уровне на основании информации, собранной на отдельных «пробных» территориях. В принципе, эти два источника информации позволяют получать данные на регулярной основе — ежегодно.

В колонке «РРС/ВР» (регистрация рождений и смертей или выборочная регистрация) в таблице 2а приложения указано число лет, за которые в ВОЗ поступили данные из какой-либо системы регистрации. При отсутствии в стране системы сбора проспективных данных исследования, проводимые непосредственно в семьях, дают прямые или непрямые оценки уровней смертности среди детей в возрасте до пяти лет, для чего используются, главным образом, анкеты с вопросами о рождении детей, в которых матерей просят предоставить информацию об их детях — как о живущих, так и об умерших. Аналогичным образом анкеты, используемые при проведении переписи населения, могут включать раздел о смертности, в котором имеются вопросы о недавних случаях смерти в семье, или могут быть использованы «непрямые» вопросы Брасса для оценки детской смертности. Следует отметить, что на основании проведения одного исследования или одной переписи можно рассчитать несколько показателей смертности детей в возрасте до пяти лет за различные промежутки времени. Однако в колонке «исследование/перепись» таблицы 2а приложения указано число исследований или переписей, результаты которых имеются в ВОЗ. Более того, если исследование было начато в одном году, а окончено в следующем, то в расчет принимается только год начала исследования.

Следует особо отметить усилия региональных бюро ВОЗ, направленные на получение из стран данных о регистрации рождений и смертей. Международные организации, такие как ООН и ЮНИСЕФ, также располагают историческими базами данных о показателях смертности среди детей в возрасте до пяти лет, которыми эти организации щедро поделились с ВОЗ; эти данные были включены в представленный здесь анализ. Другие источники информации включают материалы национальных эпидемиологических обследований и переписей населения, а также результаты специальных исследований — напри-

мер, так называемых Обследований по вопросам демографии и здоровья (ОДЗ), проводимых компанией ORC Macro, и Кластерных исследований множественных показателей, проводимых ЮНИСЕФ. Наконец, в базу данных были включены также документы национальной статистики — такие, как статистические ежегодники, доклады специализированных агентств и материалы исследований, опубликованных в периодических научных изданиях.

## ТАБЛИЦА 2Б ПРИЛОЖЕНИЯ

Если в таблице 2а приложения приведены оценочные данные о показателях смертности среди детей в возрасте до пяти лет, то в таблице 2б приложения представлены основные эмпирические данные о точных показателях смертности в разных возрастных группах населения, которые были получены непосредственно из наиболее доступных источников информации по данной проблеме, а именно, из материалов Обследований по вопросам демографии и здоровья и данных регистрации рождений и смертей. Помимо известного деления детей первого года жизни на новорожденных (0–27 дней) и младенцев (28 дней — 11 месяцев) *(10)*, последняя возрастная группа была дополнительно разделена на две подгруппы: 28 дней — 5 месяцев и 6–11 месяцев. Аналогичным образом дети в возрасте от одного года до пяти лет были разделены на две подгруппы: 12–23 месяца и 24–59 месяцев. В приведенной ниже таблице даны определения возрастных групп детей.

Показатели смертности, представленные в таблице 2б приложения, отражают вероятность смерти ребенка в течение каждого возрастного интервала; при этом речь идет о детях, которые дожили до начала этого возрастного интервала. Поэтому суммарные показатели не эквивалентны сумме показателей возрастных групп, включенных в таблицу.

Используя некорректированные данные Обследований по вопросам демографии и здоровья, ЮНИСЕФ провел их повторный анализ для расчета детальных показателей смертности в каждой возрастной группе, следуя подходу в рамках этого исследования и применяя синтетические когортные вероятности смерти *(11)*. Чтобы полученные оценочные данные были достаточно точными, их берут за период продолжительностью пять лет до момента проведения исследования. Для публикации коррекцию величин, полученных при этих расчетах, не производили.

Представленные странами материалы регистрации рождений и смертей *(1)* явились другим источником информации, на основании которой могли быть рассчитаны показатели смертности по различным возрастным группам, хотя нынешнее требование ВОЗ о необходимости разделения смертности среди детей в возрасте до одного года не позволяет дифференцировать показатели среди детей в разные подпериоды постнеонатального периода. Поэтому в таблице 2б приложения приведены данные о смертности новорожденных и детей в постнеонатальном периоде. Для расчета этих показателей мы использовали следующую формулу, в которой учтено число детей, родившихся живыми *(12)*:

| | Возрастные группы и периоды | Возрастной интервал[a] |
|---|---|---|
| 0. | Дети в возрасте до пяти лет | 0–4 года |
| 1. | Младенцы (дети грудного возраста) | 0–11 месяцев |
| 1.1 | Новорожденные | 0–27 дней |
| 1.2 | Постнеонатальный период | 28 дней — 11 месяцев |
| 1.2.1 | Ранний постнеонатальный период | 28 дней — 5 месяцев |
| 1.2.2 | Поздний постнеонатальный период | 6–11 месяцев |
| 2. | Дети младшего возраста | 1–4 года |
| 2.1 | Дети, начинающие ходить («тоддлеры») | 12–23 месяца |
| 2.2 | Период раннего детства | 24–59 месяцев |

[a] Верхняя граница интервала обозначает число полных дней, месяцев или лет жизни

*Показатель неонатальной смертности = число случаев смерти новорожденных / число живорожденных*

*Показатель постнеонатальной смертности = число случаев смерти в постнеонатальный период / (число живорожденных — число случаев смерти новорожденных)*

Для других возрастных групп применялась стандартная формула из сокращенной таблицы смертности:

$$ {}_nq_x = \frac{n\,{}_nM_x}{1 + n(1 - {}_n a_x)\,{}_nM_x}, $$

где

${}_nq_x$ — вероятность смерти в период между возрастом $x$ и возрастом $x+n$;
$n$ — интервал возрастной группы (годы);
$x$ — точный возраст в начале возрастной группы (годы);
${}_nM_x$ — показатель смертности у детей данного возраста в возрастной группе от $x$ до $x+n$;
${}_na_x$ — отрезок последнего возрастного интервала жизни ребенка.

В этой таблице мы в максимальной степени опирались на эмпирические данные; при выборе знаменателя (число детей, родившихся живыми, и показатели смертности в различных возрастных группах населения) приоритетное значение придавали государственным статистическим данным или использовали оценочные данные Отдела народонаселения ООН *(3)*.

Сравнительный анализ данных из разных стран следует проводить с большой осторожностью, ибо эти материалы не подлежат прямому сравнению, так как для их получения были использованы различные методы расчетов в зависимости от источника информации; кроме того, представленные странами данные о регистрации рождений и смертей существенно различаются по полноте.

Те материалы Обследований по вопросам демографии и здоровья и официальной регистрации рождений и смертей, которые удалось дополнить данными из других источников информации, могут служить в качестве основы при проведении сравнительного анализа между различными возрастными группами, между разными странами или между разными регионами. Возможно, что такой анализ уровней смертности может привести к определению некоторых специфических причинных характеристик для лучшего понимания эпидемиологических особенностей детской смертности.

## ТАБЛИЦА 3 ПРИЛОЖЕНИЯ

Прежде чем проводить оценку числа смертей от отдельных причин, сначала необходимо получить оценочное число смертей от всех причин вместе; эта величина будет представлять собой «пакет данных», который обеспечит, чтобы сумма всех смертных случаев, распределенных по специфическим причинам смерти, не превышала оценочное число смертей в каждой стране. Сам по себе пакет данных составлен на основании показателей смертности, взятых из сокращенных таблиц смертности *(4, 5)*, которые экстраполированы на оценочную численность населения в соответствии с данными Отдела народонаселения ООН *(3)*.

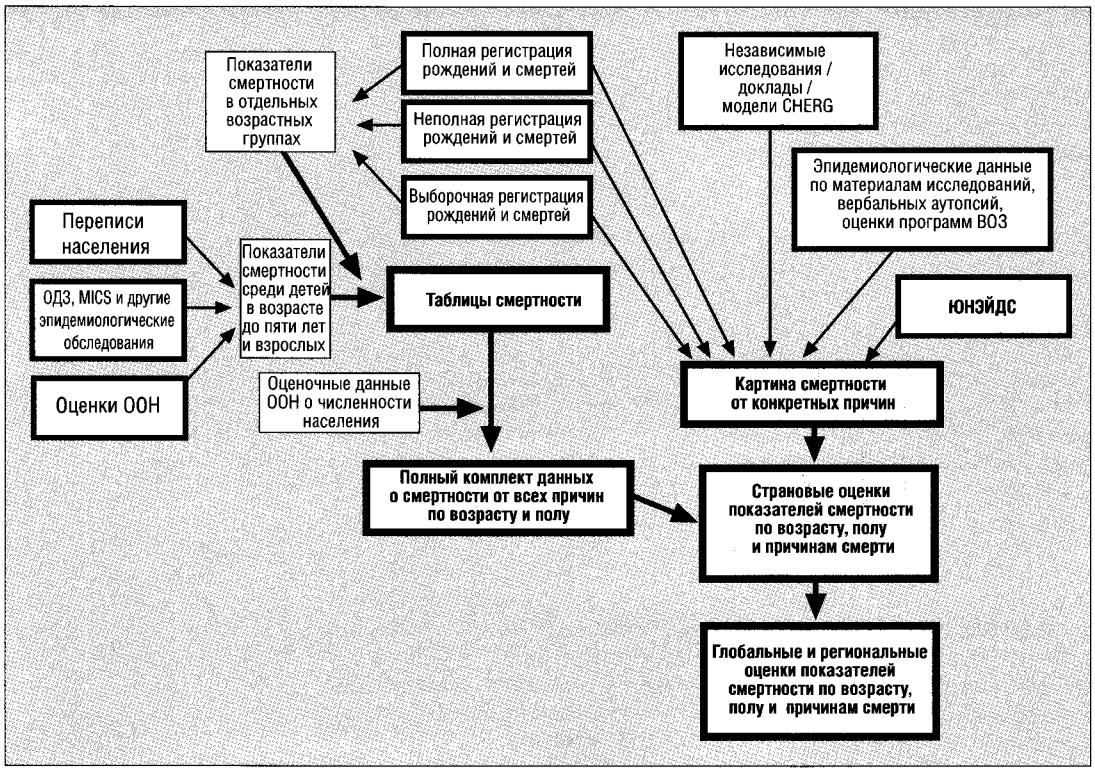
Страны с надежными системами регистрация рождений и смертей (РРС), которые имеют относительно высокий уровень охвата данных, могут установить репрезентативные характеристики причин смерти на национальном уровне. Помимо необходимости учитывать уровни охвата, очень важно тщательно анализировать качество кодирования информации, которое должно проводиться в соответствии с правилами Международной статистической классификации

болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) *(6, 8, 10)*. В некоторых странах достаточно часто имеют место неправильное заполнение свидетельств о смерти или систематические ошибки в диагностике.

Применительно к 72 странам, где уровень охвата РРС превышает 85%, ВОЗ считает официальные данные РРС «золотым стандартом» и использует графики, построенные непосредственно на основании данных РРС, после их коррекции в отношении недостаточно четко определенных категорий (например, глава XVI МКБ-9, глава XVIII МКБ-10; неуточненные заболевания сердечно-сосудистой системы; злокачественные опухоли неизвестной локализации; неуточненные внешние причины) и проверки имеющейся информации о тенденциях в динамике специфических причин смерти за самые последние годы. При оценке показателей смертности в странах с крайне малочисленным населением, где даже небольшое изменение числа смертей влечет за собой существенное искажение общей характеристики причин смертности, для предупреждения серьезных ошибок используется информация о РРС за последние 3 года. При отсутствии полной системы РРС для получения информации о причинах смертей в нескольких странах (например, в Индии и Китае) в настоящее время внедряются системы выборочной регистрации, чтобы получить репрезентативные данные о причинах смерти *(8)*.

Однако во многих странах системы РРС функционируют только на отдельных территориях (отдельные провинции или городские/сельские районы), а в большинстве стран с высокими уровнями детской смертности такие системы просто отсутствуют. Оценки причин смертности населения в таких ситуациях должны быть основаны на ограниченном объеме имеющейся информации и интенсивном использовании специальных моделей.

## Данные и методы, использованные для оценки причин смерти среди детей в возрасте до пяти лет



Поскольку системы РРС чаще всего отсутствуют в сельских и маргинальных регионах с более низким социально-экономическим статусом, чем в районах, где эти системы существуют, вполне вероятно, что характеристики уровней смертности в таких районах существенно различаются. Была разработана специальная статистическая модель для данного заключения *(13)*, основанная на ретроспективных данных РРС для отдельных стран с 1950 г., где регистрировалось не менее 95% от общего числа всех смертей. Большинство стран, представляющих в ВОЗ полные данные РРС, находятся в индустриально развитых регионах; это преимущественно страны Европы и Америки, хотя в этой группе есть и небольшое число развивающихся стран.

Указанная выше модель предполагает, что в более широком понимании характеристика причин смерти в странах с высокими уровнями смертности исторически повторяет картину, которая наблюдалась в нынешних странах с высокими и средними уровнями доходов населения — естественно, при отсутствии крупномасштабных эпидемий, природных катаклизмов и военных действий. При учете данных о смертности от всех причин и уровнях доходов на душу населения модель позволяет определять значение специфических причин смерти по трем крупным категориям: инфекционные заболевания; неинфекционные заболевания; внешние причины (травмы). Эта модель была использована для оценки «пакета данных» о смертности среди детей в возрасте до пяти лет по трем более широким группам причин смерти во многих странах с высокими уровнями смертности, где не было надежной информации о причинах смертности населения. Для проверки достоверности данных, полученных с помощью этой системы, была также использована информация из соседних стран того же региона.

После того, как проведена «сортировка» всей имеющейся информации о смертности среди детей в возрасте до пяти лет по трем широким категориям причин смерти, на заключительном этапе анализа необходимо получить информацию о распределении случаев смерти по специфическим причинам (отдельные заболевания или внешние воздействия) в каждой из указанных трех широких категорий. Применительно к инфекционным заболеваниям, от которых и умирают большинство детей в возрасте до пяти лет, при расчете окончательных оценок принимаются во внимание оценки о значении отдельных болезней, проведенные Референс-группой по эпидемиологии здоровья детей (CHERG) *(2)*, а также техническими программами ВОЗ и ЮНЭЙДС. Затем результаты этой совместной работы включают в «пакет данных» о смертности детей в возрасте до пяти лет от всех причин, включая смертельные исходы от остальных инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также травм, на долю которых соответственно приходится 10% и 3% от общего числа смертей в мире. Так как в большинстве случаев в качестве базового года для определения оценочных величин отдельных причин смерти был выбран 2000 г. (за исключением ВИЧ/СПИДа, для которого базовая величина пересматривается ежегодно), распределение смертей по причинам в 2000 г. использовали в качестве расчетной величины для «усредненного пакета данных» за 2000–2003 гг., чтобы определить число смертей от каждой причины.

Результаты недавней работы, проведенной ВОЗ по проблеме детской смертности, позволили установить причины смерти во время периода новорожденности в общей сумме смертей среди детей в возрасте до пяти лет *(14)*. Число смертей от ВИЧ/СПИДа было установлено, исходя из ежегодного расчетного числа смертей по данным ЮНЭЙДС и ВОЗ *(15)*. Для пневмонии, диарейных заболеваний, малярии и кори оценочные данные Референс-группы по эпидемиологии здоровья детей (CHERG), рассчитанные с применением модели специфических причин смерти *(16–18)*, а также оценочные величины из технических программ ВОЗ *(19)* и другие данные, опубликованные в литературе, были затем сопоставлены с результатами, полученными с помощью многофакторной

пропорциональной модели смертности, в которой одновременно принимаются во внимание основные причины смертности *(20)*, в результате чего были получены новые процентные величины для отдельных причин смертности.

Оценка причин смертности от острых респираторных инфекций нижних дыхательных путей (ОРИ), большая часть которых приходится на летальные исходы от пневмонии, была основана на соотношении смертности от ОРИ и смертности от всех причин среди детей в возрасте до пяти лет. В окончательный анализ были включены результаты 49 исследований; при этом полученные величины соответствовали логарифмически-линейной кривой долевого значения смертности от ОРИ в структуре общей смертности среди детей в возрасте до пяти лет *(18)*. Применительно к национальным данным был отмечен высокий уровень совпадения между результатами, полученными с помощью этой «монопропорциональной» модели, и пропорциональной модели, учитывающей разные причины смерти *(20)*.

Оценочные величины суммарного числа смертей от диарейных заболеваний различаются в значительной степени, варьируя от 1,6 млн. случаев *(16)* до 2,6 млн. случаев *(21)*. В модель CHERG, учитывающую смерти от специфических причин, которая была использована для определения числа смертей от диарейных болезней, были введены результаты 77 исследований. Результаты, полученные с помощью этой модели *(16)*, были сопоставлены с результатами пропорциональной модели, учитывающей разные причины смерти *(20)*, а также с другими опубликованными в литературе оценочными данными *(21, 22)*.

Для оценки числа смертей от малярии в странах Африки к югу от Сахары использовали инновационный метод, основанный на субрегиональном картографировании интенсивности распространения малярии и данных о риске смерти от малярии *(17, 23)*. При анализе литературы были выявлены исследования общим числом 31, проведенные в 14 странах центральной Африки, и 17 исследований, проведенных в четырех странах южной Африки. Согласно результатам оценки, ежегодно в странах Африки к югу от Сахары от малярии умирают от 700 000 до 900 000 детей в возрасте до пяти лет. Практически все случаи смерти от малярии имели место в популяциях, интенсивно пораженных малярийной инфекцией в центральной части Африки. Применительно к неафриканским странам для определения числа смертей от малярии среди детей в возрасте до пяти лет были использованы оценочные данные, полученные с помощью модели, которая учитывает разные причины смерти *(20)*.

Были отмечены существенные различия между результатами оценки числа смертей от кори среди детей в возрасте до пяти лет, полученными с помощью модели CHERG, и данными программы ВОЗ *(19, 20)*. Было высказано предположение, что модель CHERG, учитывающая разные причины смерти, может не полностью учитывать второстепенные по частоте причины, а эпидемиологическая модель, использованная ВОЗ и основанная на информации о заболеваемости, уровнях охвата прививками и показателях летальности, может, напротив, давать завышенные показатели числа смертей от кори, так как она учитывает сведения о летальности сомнительной достоверности *(24)*. ВОЗ организовала специальное рабочее совещание экспертов по данной проблеме, в результате чего было проведено сопоставление двух расчетных величин применительно к 20 странам с наибольшими расхождениями данных. Работа по улучшению методологии оценки числа смертей от кори продолжается, а пока ВОЗ согласилась с временной оценкой смертности от кори — 400 тысяч случаев в год, то есть 4% от общего числа смертей от всех причин среди детей в возрасте до пяти лет.

В отношении большинства стран дополнительная коррекция полученных оценок не проводилась; однако, поскольку некоторые оценки числа смертей от отдельных причин выполнялись вне рамок модели, учитывающей разные причины смерти, суммарное число смертей от отдельных причин может превышать

для некоторых стран величину установленного «пакета данных». В таких случаях был проведен тщательный анализ оценочных величин по каждой отдельной причине смерти, чтобы решить проблему «лопнувшего пакета». Уточненные данные о числе смертей от отдельных причин находились в пределах диапазона, установленного для каждой причины смерти.

## ТАБЛИЦА 4 ПРИЛОЖЕНИЯ

ВОЗ впервые публикует таблицу о числе ежегодных смертей от различных причин среди новорожденных в 2000-2003 гг. Летальные исходы среди новорожденных, то есть среди детей в возрасте 0–27 дней, можно разделить на случаи смерти среди детей раннего неонатального периода (0–6 дней) и случаи смерти среди детей позднего неонатального периода (7–27 дней). В таблице 4 приложения представлены только суммарные данные о числе смертей от отдельных причин среди новорожденных детей, без дифференцирования на ранний и поздний периоды новорожденности.

Суммарное оценочное число смертей среди новорожденных было определено как часть «пакета данных» числа смертей среди детей в возрасте до пяти лет, как это описано выше. Некоторые страны, где существуют системы регистрации рождений и смертей (РРС), иногда представляли в ВОЗ сведения о числе смертей среди новорожденных; однако такая информация была получена только из 82 стран. Применительно к странам, откуда такая информация не поступила, были использованы методы математического моделирования.

От общего числа смертей среди новорожденных только 3% приходится на страны, где существуют системы РРС, собирающие надежную информацию, пригодную для проведения анализа смертей по отдельным причинам. Информация о странах с высокими уровнями смертности нередко основана на устной информации о летальных исходах, которая не всегда имеет высокое качество. Референс-группа по эпидемиологии здоровья детей (CHERG) провела интенсивные расчеты для получения глобальных оценочных данных о различных причинах неонатальной смертности, включая недоношенность, асфиксию, тяжелые инфекции, столбняк новорожденных, диарейные заболевания и другие причины, которые не являются частыми, но, тем не менее, приводят к смерти детей (например, неонатальная желтуха). При сравнении результатов этой оценки с существующей высококачественной информацией — например, полученной при конфиденциальных расследованиях — была выявлена тесная корреляция данных.

Для 45 стран с низкими уровнями смертности анализ проводили с использованием материалов РРС, учитывая высокий уровень охвата этими системами (кумулятивный размер выборки составлял 96797 случаев). Для стран с высокими уровнями смертности в процессе исследований проводили интенсивный систематический поиск информации с использованием критериев включения и стандартных определений случаев, после чего применяли мета-анализ (56 исследований с кумулятивным размером выборки 13685 случаев). Многофакторные модели были разработаны для одновременной оценки распределения случаев смерти в странах по семи причинам. Используемые данные, методы их оценки и результаты детально описаны в доступной литературе *(25)*.

### Проблемы, связанные с наличием элемента неопределенности при указании причин смерти

Все оценочные данные, приведенные в таблицах 3 и 4 приложения, не являются абсолютно точными. ВОЗ и ее технические партнеры разработали метод для определения степени неточности многих оценочных данных о заболеваемости и причинности, который является основой для оценки этой информации. Одна-

ко отдельные методики, использованные для оценки значения отдельных причин смертности, различаются, поэтому и не представляется возможным проводить сравнения между различными заболеваниями. Было принято решение в докладе этого года не указывать доверительные интервалы для оценочных данных по различным несопоставимым заболеваниям и причинам.

ВОЗ, ЮНИСЕФ и их партнеры начали разработку единых подходов к определению неточностей, которые могут быть использованы при дальнейших оценках причин смерти. Этот процесс строится на основе результатов предыдущих работ, выполненных различными группами и организациями, и позволит составить серию рекомендаций и стандартов для расчетов неопределенностей, связанных с оценками, которые будут сопоставимы по причинам и методам оценки. Более детальная информация о различных подходах к количественному определению неопределенностей может быть найдена в некоторых публикациях, которые были посвящены оценкам, специфичным для различных заболеваний *(7, 23, 26)*.

## ТАБЛИЦА 5 ПРИЛОЖЕНИЯ

Национальные счета здравоохранения (НСЗ) представляют собой сводки данных о финансировании и расходах, зафиксированных в документах системы здравоохранения, и обладают потенциалом для мониторинга движения денежных ресурсов — от источников финансирования до распределения средств в географическом, демографическом, социально-экономическом и эпидемиологическом аспектах. НСЗ связаны с макроэкономическими и макросоциальными счетами и пользуются их методологическими подходами.

В таблице 5 приложения приведены наиболее точные показатели по каждому из 192 государств-членов, которые имелись в ВОЗ в декабре 2004 г. Любые последующие изменения и дополнения можно найти в интернете на сайте ВОЗ на странице НСЗ: http://www.who.int/nha/en/. Хотя все больше и больше стран регистрируют информацию о своих расходах на охрану здоровья населения, только 95 стран представляют полные данные о них или сообщают о расходах на здравоохранение в Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). Была выявлена имеющаяся в странах или в международных организациях информация о расходах на охрану здоровья, которую суммировали для каждой страны. При подготовке представления данных по годам были использованы стандартные методы экономических оценок и экстраполяций. Также приведены результаты анализа данных в соответствии с национальными особенностями (например, общие государственные расходы и расходы частных компаний). Ежегодно предварительные результаты этих расчетов направляли министерствам здравоохранения для получения их комментариев и уточнения данных или, в случаях необходимости, получения дополнительной информации. Конструктивные ответы из министерств и из других государственных структур, например из бюро статистики, позволяли получить ценную информацию для обобщения приведенных в этом докладе данных по НСЗ. В этой работе принимали участие сотрудники ВОЗ на всех уровнях — в штаб-квартире ВОЗ, региональных бюро и представительствах в государствах-членах.

Важная методологическая информация для подготовки национальных счетов здравоохранения содержится в международных рекомендациях *«Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries»* (Руководство по ведению национальных счетов здравоохранения, в особенности применительно к странам с низким и средним уровнем доходов) *(27)*. Эти рекомендации основаны на документе ОЭСР *«System of health accounts»* (Система счетов здравоохранения) *(28)*. В основе обоих документов лежат принципы Системы национальных счетов ООН (*«United Nations System of national accounts»*— обычно обозначают как SNA93) *(29)*.

Основными международными руководствами, которые были использованы при составлении таблиц, явились документы Международного валютного фонда *«Government finance statistics yearbook, 2003»* (Правительственный финансовый статистический ежегодник за 2003 год) *(30)*, *«International finance statistics yearbook»*, 2003 (Международный финансовый статистический ежегодник за 2003 год) *(31)* и *«International financial statistics»* (Международная финансовая статистика) (ноябрь 2004 г.) *(32)*; документы Азиатского банка развития *«Key indicators 2004»* (Ключевые показатели за 2004 год) *(33)*; документы ОЭСР: *«OECD health data 2004»* (Доклад ОЭСР о здравоохранении, 2004 г.) *(34)* и *«International development statistics»* (Статистика международного развития) *(35)*; документ ООН *«National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2001»* (Статистика национальных счетов: основные агрегированные и детальные таблицы, 2001 год) *(36)*. Организации, ответственные за подготовку этих документов, предоставили ВОЗ их сигнальные экземпляры и дополнительную информацию по данному вопросу, за что ВОЗ выражает им искреннюю благодарность.

Национальные источники информации включают: отчеты НСЗ, отчеты о расходовании государственных средств, статистические ежегодники и другие периодические издания, бюджетные документы, отчеты национальных финансовых органов, статистические данные на официальных веб-сайтах, отчеты центрального банка, отчеты неправительственных организаций, результаты научных исследований, отчеты и материалы, предоставленные центральным статистическим бюро, министерством здравоохранения, министерствами финансов и экономического развития, плановыми органами, профессиональными ассоциациями и профсоюзами.

В таблице 5 приложения приведены пересмотренные и обновленные данные за 1998–2002 гг. Цифры изменяли сразу же, как только появлялась новая информация, на основании которой изменялись первоначальные оценки (например, применительно к Индии детальная информация о расходах на социальное страхование, частное страхование, расходах частных компаний и других министерств появилась только в этом году, что привело к пересмотру показателей, опубликованных в «Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2004 г.»). Эта работа включает пересмотр точек отсчета и в ряде случаев страны производят тотальную ревизию данных вследствие изменений в методологии, например когда национальные органы здравоохранения предпринимают дополнительные усилия по ведению НСЗ или при замене версии Системы национальных счетов ООН 1968 г. (SNA68) на версию SNA93.

Определение понятия «суммарные расходы на здравоохранение» подразумевает общие государственные расходы на здравоохранение (ОГРЗ) и частные расходы на здравоохранение (ЧРЗ). Все расчеты проводят в миллионах единиц национальной валюты (ЕНВ) в текущих ценах. Результаты оценки выражают величинами, которые являются отношениями к валовому внутреннему продукту (ВВП), к суммарным расходам на здравоохранение (СРЗ), к суммарным общим государственным расходам (ОГР), к общим государственным расходам на здравоохранение (ОГРЗ) или к суммарным частным расходам на здравоохранение (ЧРЗ).

ВВП представляет собой стоимость всех товаров и услуг, произведенных и оказанных в стране ее резидентами и нерезидентами вне зависимости от распределения прибыли (или расходов) между национальными и зарубежными производителями. Это (с небольшими поправками) соответствует общей сумме расходов (потребление и инвестиции) частных и государственных экономических структур в течение определенного года. В качестве главного источника для оценки величины ВВП была использована таблица 1.1, приведенная в изданном ООН документе *«National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2001»* (Статистика национальных счетов: основные агрегированные и детальные таблицы, 2001г.) *(36)*. Для большинства стран были получены еще не опубликованные уточненные данные за 2002 г. Для большинства стран,

входящих в ОЭСР, использовали макроэкономические показатели, опубликованные в *«OECD health data 2004»* (Доклад ОЭСР о здравоохранении, 2004 г.) *(34)*. Уточненные данные по некоторым странам (например, Австралии), которые еще не поступили в ОЭСР, были получены непосредственно из самих стран. Для стран, не входящих в ОЭСР, соглашение о сотрудничестве между ВОЗ и Отделом статистики ООН и Европейской экономической комиссией ООН позволило получить информацию за 2002 г. еще до ее публикации. Для Ливана и Объединенных Арабских Эмиратов были использованы данные, полученные из Экономической и социальной комиссии ООН для стран западной Азии. Аналогичным образом оценочные данные для Либерии, Науру и Сомали были получены с веб-сайта Отдела статистики ООН (UNSTAT).

В случаях отсутствия данных ООН была использована информация, опубликованная МВФ в *«International financial statistics»* (Международная финансовая статистика) (ноябрь 2004 года) *(32)*. Для Палау и Суринама использовали неопубликованные данные исследовательского отдела МВФ. В случаях, когда перечисленные выше организации не располагали данными о ВВП тех или иных стран, были использованы данные, опубликованные национальными правительствами этих стран. Это относится к таким странам, как Андорра, Грузия, Джибути, Иордания, Йемен, Кабо-Верде, Микронезия (Федеративные Штаты), Ниуэ, Острова Кука, Пакистан, Российская Федерация, Соломоновы острова, Судан, Тонга и Ямайка. Показатели для Афганистана, Кирибати, Мьянмы, Самоа и Тувалу были получены из Азиатского банка развития. Оценочные данные для Ганы, Гвинеи, Демократической Республики Конго, Зимбабве, Коморских Островов, Корейской Народно-Демократической Республики, Мавритании, Тимора-Лешти и Эритреи были получены из Всемирного банка (ВБ), а информация о таких странах, как Бенин, Габон, Гвинея-Биссау, Камерун, Кот-д'Ивуар, Мали, Нигер, Сенегал, Того и Экваториальная Гвинея — из Банка стран Центральной Африки (Banque des Etats de l'Afrique Centrale — BEAC). Материалы по таким странам, как Антигуа и Барбуда, Барбадос и Гренада были получены от Секретариата Карибского сообщества (CARICOM).

Из данных по Китаю была исключена информация о Специальном административном районе Гонконг и Специальном административном районе Макао. Показатель государственных расходов на здравоохранение в Иордании включает средства, полученные от Агентства ООН для оказания помощи палестинским беженцам на Ближнем Востоке (UNRWA), которые были предоставлены палестинским беженцам, проживающим на иорданских территориях. В информацию о расходах на здравоохранение в Сербии и Черногории за 1998 г. были включены провинции Косово и Метохия; из данных за период с 1999 г. по 2002 г. сведения об этих территориях, находящихся под административным управлением ООН, были исключены.

Общие государственные расходы (ОГР) включают консолидированные прямые расходы и непрямые расходы (например, субсидии производителям, выплаты пособий семьям), включая капиталовложения, произведенные органами государственного управления всех уровней (центральными/федеральными, провинциальными/региональными/районными и муниципальными/местными), учреждениями социального страхования, независимыми структурами, а также другими внебюджетными фондами. Информация об ОГР 26 государств-членов ОЭСР была получена из документов *«OECD health data 2004»* (Доклад ОЭСР о здравоохранении, 2004 г.) и *«National accounts of OECD countries: detailed tables 1991/2002, 2004 edition, volume II»* (Национальные счета стран ОЭСР: детальные таблицы за 1991–2002 гг., издание 2004 г., том 2, таблица 12 *(37)*. Сведения о государственных расходах на национальном уровне опубликованы в документах Международного валютного фонда *Government finance statistics yearbook* (Правительственный финансовый статистический ежегодник) и *International financial statistics* (Международная финансовая статистика). Эти

показатели были дополнены информацией о расходах, произведенных местными/муниципальными административными органами (а также полученными из МВФ сведениями о некоторых расходах на охрану здоровья органов социального страхования). Для уточнения величины общих государственных расходов были также изучены другие документы — ряд государственных финансовых отчетов, информация об исполненных бюджетах, бюджетные планы, статистические ежегодники, сайты в интернете, доклады Всемирного банка и Регионального банка развития, а также результаты научных исследований. Во время процесса консультаций национальным правительствам была предоставлена возможность уточнить сведения об ОГР своих стран.

ОГРЗ включают все расходы, предназначенные для улучшения состояния здоровья населения и/или предоставления медицинских товаров и услуг населению, осуществляемые по следующим каналам:

- непосредственно из центральных/федеральных, провинциальных/региональных/районных и муниципальных/местных органов власти;
- через внебюджетные агентства, главным образом — по схемам социального страхования;
- прямые расходы полугосударственных структур на оказание медицинской помощи.

Финансирование всех этих трех механизмов может обеспечиваться как за счет внутренних, так и внешних источников (преимущественно в виде грантов, проходящих через правительственные структуры, или займов, направляемых через федеральный бюджет).

Средства, выделяемые на социальное страхование, и внебюджетные расходы на здравоохранение включают оплату медицинских товаров и услуг по схемам, которые обязательны для платежей и контролируются государством. Серьезным препятствием явилась необходимость проверки, чтобы исключить дублирование в учете, а также чтобы исключить выплату компенсаций за временную потерю трудоспособности и потерю рабочих мест вследствие болезни, так как эти расходы учитываются по статье поддержания уровня дохода.

Все расходы на здравоохранение включают окончательное потребление, субсидии производителям, а также выплаты семьям (преимущественно компенсации расходов на медицинское обслуживание и лекарства). Общие государственные расходы на здравоохранение (ОГРЗ) включают как периодические (текущие), так и инвестиционные затраты, включая капиталовложения, в течение одного года. Классификация функций государства, рекомендуемых ООН, МВФ, ОЭСР и другими организациями, устанавливает в этом плане определенные рамки. Во многих случаях данные, содержащиеся в публикациях, ограничены теми материалами, которые были предоставлены министерствами здравоохранения. Однако расходы на здравоохранение должны включать все расходы, целью которых является укрепление здоровья населения, независимо от того, кто будет осуществлять такие мероприятия. Были приложены определенные усилия для того, чтобы получить информацию о расходах на охрану здоровья, осуществленных другими министерствами, вооруженными силами, исправительными учреждениями, школами, университетами и другими структурами, чтобы добиться включения в итоговую оценку всех ресурсов, направленных на цели здравоохранения.

Различия в установленных границах в оригинальных источниках информации были скорректированы для того, чтобы можно было использовать стандартное определение. Например, в некоторых странах суммарные расходы на здравоохранение (СРЗ) включают расходы на охрану окружающей среды, подготовку медицинских работников и научные исследования в области здравоохранения, тогда как в других странах эти расходы учитываются как справочная (забалансовая) статья. Их включение в суммарные расходы иногда приводит к тому, что соотношение СРЗ и ВВП возрастает по сравнению с ранее приве-

денными данными; например, так произошло с информацией из Того. Некоторые страны включают расходы на здравоохранение, которые пришлись на долю полугосударственных учреждений, в государственные расходы, тогда как другие страны рассматривают их как частные расходы. Многие страны, следуя документу ОЭСР *«System of health accounts»* (Система счетов здравоохранения) *(28)*, учитывают расходы на охрану окружающей среды, обучение персонала и исследования по медицине в качестве забалансовой статьи. В приведенных в данной книге таблицах авторы следовали принципам, изложенным в документе *«Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries»* (Руководство по ведению национальных счетов здравоохранения, в особенности применительно к странам с низким и средним уровнем доходов) *(27)*.

В документе *«OECD health data 2004»* (Доклад ОЭСР о здравоохранении, 2004 г.) приведена информация о ОГРЗ и ЧРЗ в отношении государств-членов с некоторыми пропусками, главным образом за 2002 г.. Данные за 2002 г. для Турции и Японии были рассчитаны ВОЗ, а некоторые страны, например, Австралия и Нидерланды, представили информацию непосредственно в ВОЗ, чтобы ликвидировать эти пробелы. По сравнению с предшествующими годами из стран, не являющихся членами ОЭСР, поступило больше отчетов о расходах на здравоохранение, что позволило провести более полную оценку, чем в предыдущем издании *«Доклада о состоянии здравоохранения в мире»*. В документе МВФ *«Government finance statistics yearbook»* (Правительственный финансовый статистический ежегодник) приведена информация о расходах на здравоохранение на национальном уровне из более чем 120 стран, а также о расходах на здравоохранение региональных и местных органов власти — примерно трети из этих стран. Не по всем странам имеются непрерывные данные за все годы, однако этот документ является хорошим индикатором того, что в этих странах существуют системы регистрации, что позволяет осуществлять скрупулезный поиск для выявления релевантных национальных публикаций. В некоторых случаях расходы, зарегистрированные в рамках государственной финансовой классификации, были ограничены только расходами министерств здравоохранения, но не отражали суммы всех расходов на здравоохранение независимо от того, каким министерством они были произведены. В таких случаях (при наличии возможности) были использованы и другие доступные источники, чтобы дополнить информацию. Для большинства государств-членов ВОЗ окончательные оценки ОГРЗ включали сведения, полученные от правительственного финансового органа, вместе с материалами статистических ежегодников и государственными финансовыми отчетами, а также анализом отчетов о реализации политики в области здравоохранения. Например, информацию по Брунею-Даруссалам оценивали по материалам национальных источников, но при этом учитывали и данные, опубликованные в сборнике Международного медицинского фонда Японии *(38)*. Использование этого источника позволило осуществить двойной контроль данных о бюджете здравоохранения семи стран.

Частные расходы на здравоохранение подразумевали сумму всех расходов, произведенных следующими организациями и агентствами:

- Предварительно оплаченные планы и соглашения, объединяющие риски: расходы частных и коммерческих (без государственного контроля за ставками оплаты и участниками объединений, но работающих в соответствии с принципиальными рекомендациями правительства) схем страхования, коммерческие и некоммерческие (взаимные) схемы страхования, организации по поддержанию здоровья и другие агентства, оказывающие предварительно оплаченные медицинские и парамедицинские услуги (включая операционные расходы, обеспечивающие реализацию этих схем).
- Расходы отдельных компаний на охрану здоровья: средства, выделенные государственными и частными предприятиями на медицинское обслуживание

и мероприятия по укреплению здоровья, но не включая расходы на социальное страхование.

- Некоммерческие организации, обслуживающие преимущественно потребности семей: средства, использованные для оплаты медицинских товаров и услуг, организациями, чей статус не позволяет им служить источником дохода, заработка или других финансовых выгод для тех структур, которые создали, контролируют и финансируют эти организации. Это касается финансирования как из внутренних, так и из внешних источников.
- Наличные платежи населения: непосредственные расходы семей, включая неофициальные гонорары и подарки, передаваемые работникам практической медицины и поставщикам фармацевтических препаратов, предметов медицинского назначения и других товаров и услуг, главное предназначение которых состоит в восстановлении или укреплении состояния здоровья индивидуумов или групп населения. Сюда входят платежи семей в государственные службы, некоммерческие и неправительственные организации, некомпенсируемые долевые платежи, вычеты и прямая оплата услуг. Из этой статьи расходов исключаются расходы предприятий на оказание медицинских и парамедицинских услуг своим сотрудникам (вне зависимости от того, обязывает это закон или нет), а также оплата лечения за рубежом.

Бóльшая часть информации о частных расходах на здравоохранение поступает из отчетов Национальных счетов здравоохранения, статистических ежегодников и других периодических изданий, статистических данных на официальных интернет-сайтах, отчетах неправительственных организаций, исследований семейных расходов, научных исследований и релевантных отчетов и данных, предоставленных центральными статистическими бюро, министерствами здравоохранения, профессиональными и профсоюзными ассоциациями, а также советами по планированию (например, в отношении прямой оплаты услуг в Катаре). Для большинства государств-членов ОЭСР эти цифры можно найти в документе *«OECD health data 2004»* (Доклад ОЭСР о здравоохранении, 2004 г.) Для получения цифр за отсутствующие годы были использованы стандартные методики экстраполяции и оценки.

Информация о внешних ресурсах была любезно предоставлена Комитетом содействия развитию ОЭСР (КСР/ОЭСР). Некоторые государства-члены осуществляют детальный мониторинг внешних средств, поступающих в их системы здравоохранения; эта информация была использована для верификации или коррекции сведений, полученных из DAC/OECD, так как последние нередко отражали запланированные ассигнования, нежели чем реально перечисленные суммы.

Указанные в таблице 5 приложения внешние ресурсы — это средства, которые поступают в систему здравоохранения в качестве источника финансирования; например, сюда включены все внешние средства, которые проходили как по государственным, так и по частным финансовым каналам. С другой стороны, другие учреждения и организации, направляющие средства на здравоохранение по государственным или частным каналам, играют роль финансовых агентов. Эти организации аккумулируют средства, поступающие из различных источников, и используют их для прямой оплаты расходов на охрану здоровья.

Было проведено несколько контролей качества информации, чтобы оценить достоверность собранных данных. Например, результаты оценки расходов на здравоохранение сравнивали с суммой расходов на лечение госпитализированных больных, данными о расходах на лекарства и другими сведениями (включая административные расходы), чтобы убедиться, что расходы, о которых была собрана детальная информация, составляют бóльшую часть государственных и частных расходов на здравоохранение. Таким образом, полученные оценочные величины являются весьма правдоподобными в плане описаний системы. Для стран, о которых имеется очень скудная информация (например, Афганис-

тан, Габон, Гвинея-Биссау, Корейская Народно-Демократическая Республика, Ливия, Сан-Томе и Принсипи, Сомали, Судан, Туркменистан и Экваториальная Гвинея), были использованы непрямые методы оценки. В дальнейших публикациях ВОЗ, после консультаций с партнерами, намерена внедрить дифференцированную систему представления данных о расходах стран на здравоохранение, с указанием того, до какой степени приведенные данные являются оценочными.

Агрегированные данные о государственных расходах на здравоохранение сравнивали также с ОГР, что позволяло дополнительно проверить достоверность полученной информации. Возможно, что данные об ОГРЗ и, следовательно, суммарных расходах на здравоохранение являются заниженными в случаях, когда не представляется возможным получить информацию о затратах местных органов управления, неправительственных организаций и расходах на страхование.

## ТАБЛИЦА 6 ПРИЛОЖЕНИЯ

В таблице 6 приложения представлены сведения о суммарных расходах на здравоохранение и общих государственных расходах на здравоохранение в расчете на душу населения. Методология и источники получения информации для определения суммарных расходов на здравоохранение и ОГРЗ уже обсуждались в комментариях к таблице 5 приложения. Показатели представлены в расчете на душу населения, для чего суммы расходов делили на численность населения. Эти показатели расходов в расчете на душу населения вначале приведены в долларах США по среднему курсу обмена или по среднему годовому числу единиц национальной валюты, продаваемой государственной банковской системой. Кроме того, показатели представлены в международных долларах, для чего расходы на душу населения в единицах местной валюты делили на паритетную покупательную способность по отношению к доллару США; это позволяло свести к минимуму последствия различий в уровнях цен, которые существуют в разных странах.

Документ *«OECD health data 2004»* (Доклад ОЭСР о здравоохранении, 2004 г.) служил основным источником информации для оценки численности населения 30 стран, входящих в эту организацию, а также для оценки других расходов на здравоохранение и макроэкономических показателей. Все оценки численности и структуры населения, за исключением государств-членов ОЭСР, были основаны на результатах демографических оценок, проведенных Отделом народонаселения ООН *(3)*. В данном докладе использованы оценки, которые отражают фактическую *(de facto)*, а не официальную *(de jure)* численность населения в каждой стране. Исключение было сделано для данных по Сербии и Черногории за 2001 и 2002 гг., так как в показатели расходов не были включены провинции Косово и Метохия, которые находились под административным управлением ООН. Сведения о численности населения Сербии и Черногории, за исключением провинций Косово и Метохия, были взяты из *Statistical pocket book 2004* (Карманный статистический справочник, 2004 г.), изданного в Сербии и Черногории *(39)*, что обеспечило единообразие числителя и знаменателя, использованных при расчетах.

Три четверти данных об обменных курсах (средние официальные курсы за год) были взяты из изданного МВФ в ноябре 2004 г. документа *«International financial statistics»* (Международная финансовая статистика). Если в этом документе информация отсутствовала, были использованы данные, представленные в документах ООН, Всемирного Банка, Азиатского банка развития и отчетах доноров. Для Андорры, Монако и Сан-Марино использовали сведения о соотношении «евро : доллар США». Для Ниуэ использовали информацию о соотношении «новозеландский доллар : доллар США», а для Науру и Палау — о соотношении «австралийский доллар : доллар США». Курс обмена в Исламской Республике Иран изменился в марте 2002 г. — от множественных курсов

обмена к плавающему регулируемому курсу обмена. В этом году была использована информация о межбанковском рыночном курсе обмена, который сменил заниженный официальный курс обмена до 2002 г., который был использован в предшествующих изданиях *«Доклада о состоянии здравоохранения в мире»*. Эквадор перевел в 2000 г. свою экономику на расчеты в долларах, поэтому все данные за представленный пятилетний период были пересчитаны в этой валюте.

Для государств-членов ОЭСР при проведении расчетов в международных долларах использовали сведения о паритетной покупательной способности местной валюты по отношению к доллару. Для стран, которые входят в Европейскую экономическую комиссию (ЕЭК) ООН, но не являются членами ОЭСР, была использована информация ЕЭК о паритетной покупательной способности. Для Андорры, Монако и Сан-Марино были использованы соответственно испанский, французский и итальянский обменные курсы евро. Для других стран применяли оценочный курс международного доллара, который был рассчитан в ВОЗ с использованием методики, аналогичной методике Всемирного банка.

## ТАБЛИЦА 7 ПРИЛОЖЕНИЯ

Для укрепления сотрудничества и сведения к минимуму ошибок регистрации, ВОЗ и ЮНИСЕФ собирают информацию из всех государств-членов совместно, используя стандартизованный вопросник («Совместная форма регистрации заболеваний, предупреждаемых с помощью вакцинации»). Содержание «Совместной формы регистрации» было разработано путем достижения консенсуса с участием сотрудников ЮНИСЕФ, ВОЗ и отдельных министерств здравоохранения. Информация, собранная с помощью «Совместной формы регистрации», является основным источником информации для расчета следующих показателей.

Информация об уровне охвата прививками используется для различных целей: для мониторинга эффективности работы служб иммунизации на местном, национальном и международном уровнях; для осуществления руководства программами ликвидации полиомиелита, борьбы с корью и элиминации столбняка новорожденных; для выявления территорий с субоптимальным функционированием служб иммунизации, которым могут потребоваться дополнительные ресурсы и целенаправленное внимание; при принятии решения о целесообразности внедрения в практику новых вакцин. Оценочные данные самих стран об уровнях охвата прививками на национальном уровне приведены в этих «Совместных формах регистрации». Кроме того, с 2000 г. ВОЗ и ЮНИСЕФ проводили анализ имеющихся данных об уровнях охвата прививками на национальном уровне, чтобы определить наиболее вероятный истинный уровень охвата прививками. Наиболее вероятный истинный уровень охвата прививками определяли на основе имеющейся информации с учетом потенциальных отклонений в регистрации и отчетности, а также мнений местных экспертов. В докладе приведены оценочные данные ВОЗ и ЮНИСЕФ об уровнях охвата прививками вакцинами БЦЖ, тремя дозами коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакцины (КДС3), коревой вакциной, тремя дозами вакцины против гепатита В (НерВ3), а также о проценте детей, защищенных от столбняка при рождении (ЗПР). Об уровнях иммунизации тремя дозами вакцины против инфекции, обусловленной *Haemophilus influenzae* (Hib3), желтой лихорадки и двумя дозами столбнячного анатоксина (ТТ2+) представлены результаты оценки, которые были направлены в ВОЗ самими странами.

### Новорожденные, иммунизированные вакциной БЦЖ в 2003 г. (%)

Вакцина БЦЖ включена в национальный календарь иммунизации детей в 157 государствах-членах, по которым и были представлены оценочные сведения

об уровнях охвата этой прививкой. Показатель уровня охвата прививками вакциной БЦЖ нередко используется для характеристики процента детей, защищенных от тяжелых форм туберкулеза в течение первого года жизни, а также для характеристики доступа населения к услугам медико-санитарной помощи.

## Дети в возрасте 1 года, иммунизированные тремя дозами вакцины КДС в 2003 г. (%)

Вакцина КДС используется для иммунизации всех детей во всех государствах-членах, иногда — в сочетании с другими антигенами. Данные об уровнях охвата тремя дозами этой вакцины используются в качестве показателя, какой процент детей защищен от коклюша, дифтерии и столбняка, а также для характеристики качества работы служб иммунизации в частности и всей системы здравоохранения в целом. Кроме того, показатели охвата КДС3 сравнивают с показателями охвата одной дозой вакцины КДС (КДС1) или вакциной БЦЖ для оценки процента «потерянных» детей, то есть показателя, который характеризует качество работы служб иммунизации и организации этой работы на периферийном уровне.

## Дети в возрасте до 2 лет, иммунизированные одной дозой коревой вакцины в 2003 г. (%)

Коревую вакцину используют все государства-члены для иммунизации всех детей, иногда — в сочетании с другими антигенами. Уровень охвата прививками против кори является одним из выбранных основных показателей для мониторинга прогресса в достижения цели № 4 Целей тысячелетия в области развития — снижения детской смертности.

## Дети в возрасте 1 года, иммунизированные тремя дозами вакцины против гепатита В в 2003 г. (%)

Вакцинация против гепатита В рекомендована для иммунизации всех детей, однако к концу 2003 г. вакцина против гепатита В была внедрена в плановую иммунизацию детей только в 147 странах. Уровень охвата детей тремя дозами этой вакцины (НерВ3) имеет решающее значение при оценке влияния иммунизации на частоту хронического носительства вируса гепатита В и его смертельных осложнений (рак и цирроз печени).

## Дети в возрасте 1 года, иммунизированные тремя дозами Hib-вакцины в 2003 г. (%)

ВОЗ рекомендует, при наличии показаний, включить вакцинацию против инфекции, обусловленной *Haemophilus influenzae* (Hib-инфекции), в плановый календарь иммунизации всех детей; при этом учитываются как эпидемиологические данные о бремени данной болезни, так и национальный потенциал и национальные приоритеты. В 2003 г. эта вакцина уже использовалась при проведении плановой иммунизации детей в 87 странах, а еще в двух странах — на части своих территорий.

## Дети в возрасте 1 года, иммунизированные вакциной против желтой лихорадки в 2003 г. (%)

ВОЗ рекомендует использовать вакцину против желтой лихорадки в странах, где существует риск возникновения вспышек этой инфекции. Речь идет о 31 стране

Африканского региона, двух странах региона Восточного Средиземноморья и 11 странах Америки. Вакцина против желтой лихорадки включена в национальные календари плановой иммунизации в 21 стране; кроме того, в 7 странах эта вакцина используется на территориях высокого риска.

## Округа, достигшие не менее 80% охвата иммунизацией тремя дозами вакцины КДС в 2003 г. (%)

Под округом здесь подразумевается территория третьего административного уровня. В 2002 г. на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по проблемам детства страны мира объявили о намерении достижения следующей цели: к 2010 г. или даже ранее все страны должны добиться 90% уровня охвата плановыми прививками в масштабах страны и не менее чем 80% уровня охвата прививками в каждом округе.

## Дети, родившиеся в 2003 г., защищенные от столбняка путем вакцинации их матерей столбнячным анатоксином (ЗПР) (%)

Оценочные показатели защиты детей при рождении (ЗПР) являются частью информации о странах, где пока еще не удалось добиться элиминации столбняка новорожденных. Данные отражают процент матерей, защищенных с помощью иммунизации от столбняка к моменту рождения их детей. Такая защита может быть обеспечена введением вакцины во время специальных кампаний иммунизации или благодаря дозам, полученным во время предыдущих беременностей.

## Беременные женщины, иммунизированные не менее чем двумя дозами столбнячного анатоксина в 2003 г. (%)

Столбнячный анатоксин (СА) при введении женщинам репродуктивного возраста (в том числе и беременным женщинам) защищает от столбняка как самих матерей, так и их новорожденных детей. Если женщина раньше не была иммунизирована против столбняка, для обеспечения защиты необходимы по крайней мере две дозы СА (СА2+). ВОЗ рекомендует рассчитывать показатель СА2+ как процент беременных женщин, которые получили вторую или последующую дозу столбнячного анатоксина в течение данного календарного года. В таблице представлены данные, полученные от государств-членов, из которых 110 стран включили иммунизацию СА в свои национальные календари плановой иммунизации.

## Число инфекций, включенных в программу плановой иммунизации детей в возрасте до 24 месяцев, 2003 г.

Этот показатель характеризует число антигенов, включенных в 2003 г. в национальные календари плановой иммунизации детей в возрасте до 24 месяцев.

## Была ли создана вторая возможность для иммунизации против кори?

Критическим фактором в снижении смертности от коревой инфекции является создание второй возможности для получения прививки. Страна должна была ввести в календарь плановой иммунизации две дозы коревой вакцины и/или провести в течение последних четырех лет национальную кампанию иммунизации с охватом прививками более 90% детей в возрасте до пяти лет.

## Выдача витамина А в сочетании с плановой иммунизацией в 2003 г.

ВОЗ рекомендует в странах, где недостаточность витамина А является серьезной проблемой, вместе с введением вакцины против кори давать детям витамин А. Представленные в таблице данные не учитывают выдачу детям витамина А во время специальных кампаний.

## Число случаев заболеваний, обусловленных дикими полиовирусами, в 2004 г.

Число случаев заболеваний, обусловленных дикими полиовирусами, которые были зарегистрированы в 2004 г. (по состоянию на 25 января 2005 г.).

## Статус страны в отношении ликвидации полиомиелита, 2004 г.

Осуществление программы ликвидации полиомиелита было начато в 1988 г. К концу 2004 г. три региона ВОЗ были сертифицированы как территории, свободные от полиомиелита (Американский и Европейский регионы, а также регион западной части Тихого океана). Эндемичными по полиомиелиту остаются всего лишь шесть стран, в четырех странах возобновилась циркуляция полиовирусов (речь идет о странах, где циркуляция завозных полиовирусов продолжалась более шести месяцев) и в семи странах были зарегистрированы заносы диких полиовирусов.

## Использование саморазрушающихся шприцев в 2003 г.

В 1999 г. ВОЗ, ЮНИСЕФ и Фонд народонаселения ООН (UNFPA) опубликовали совместное заявление о применении службами иммунизации саморазрушающихся шприцев, настаивая на необходимости применения для иммунизации только таких шприцев во всех странах мира. К концу 2003 г. 46 государств-членов сообщили о применении для иммунизации только саморазрушающихся шприцев, а 51 страна сообщила о частичном использовании таких шприцев.

## Использование вакцин гарантированного качества в 2003 г. *(40)*

Национальные контролирующие органы осуществляют независимый контроль качества вакцин в соответствии со своими шестью функциями, определенными ВОЗ (см. «Серия технических докладов ВОЗ», № 822, 1992). Сообщения о нерешенных проблемах, связанных с низким качеством вакцин, отсутствуют.

## Общие затраты на плановую закупку вакцин за счет государственных средств в 2003 г. (%)

Доля суммарных расходов на закупку вакцин в 2003 г., покрытая за счет государственных средств на национальном уровне. Как правило, при определении этого показателя исключены частные и государственные средства из внешних источников, предоставленные национальным правительствам для осуществления иммунизации и использованные для закупки вакцин, за исключением тех случаев, когда страны получали прямую бюджетную помощь. Однако этот показатель может также включать безвозмездно предоставляемую (грантовую) часть заемных банковских фондов на развитие, которые были направлены на закупку вакцин.

# ТАБЛИЦА 8 ПРИЛОЖЕНИЯ

## Показатель использования контрацепции (современных методов)

Показатель использования контрацепции (современных методов) представляет собой процент женщин, которые практикуют (или чьи партнеры практикуют) любые формы контрацепции. Показатель рассчитывают для замужних женщин в возрасте от 15 до 49 лет. К числу современных методов контрацепции относят стерилизацию мужчин и женщин, инъекционные или пероральные гормоны, внутриматочные средства, диафрагмы, спермициды и кондомы. В качестве источника информации используются материалы Обследований по вопросам демографии и здоровья (компания ORC Macro и национальные статистические бюро), а также документ *World Contraceptive Use 2003* (Использование контрацептивов в мире, 2003 г.) *(41)*.

## Использование антенатальной помощи

На основании результатов недавно проведенных исследований ВОЗ рекомендует каждой беременной женщине как минимум четыре посещения медицинского учреждения в определенные сроки периода беременности. В таблице приведены новейшие статистические данные о количестве обращений беременных женщин за антенатальной помощью в течение последней беременности в течение пяти лет до проведения самого недавнего эпидемиологического обследования в данной стране. Указан процент женщин, которые хотя бы однократно обращались в учреждения антенатальной помощи, а также процент женщин, которые за время последней беременности посетили такие учреждения не менее четырех раз.

Для большинства стран источником информации об оказании антенатальной помощи являются опросы, проводимые в семьях. В качестве источников информации были использованы материалы Обследований по вопросам демографии и здоровья (компания ORC Macro и национальные статистические бюро), обследования по репродуктивному здоровью (Центры по контролю и профилактике болезней, США), мультииндикаторные кластерные исследования (ЮНИСЕФ), Панарабские эпидемиологические обследования по проблемам здоровья матери и ребенка (PAPCHILD), эпидемиологические обследования по вопросам репродукции в зоне Персидского залива, эпидемиологические обследования по вопросам репродукции и семьи (ECE), результаты национальных эпидемиологических обследований, информация из базы данных Отдела народонаселения ООН, а также материалы глобальных оценок, проведенных Отделением мониторинга и оценки Отдела репродуктивного здоровья и исследований Всемирной организации здравоохранения (Женева) в 2004 г.

## Процент родов с участием квалифицированного медицинского персонала

Было достигнуто международное соглашение по вопросу об определении понятия «квалифицированный помощник в родах». Квалифицированный помощник в родах — это аккредитованный профессиональный медицинский работник, например акушерка, врач или медицинская сестра, который получил знания и обучен необходимым навыкам для ведения нормальной (неосложненной) беременности, приема родов и оказания помощи в течение раннего постнатального периода, а также в области диагностики, лечения и направления на последующие этапы помощи в случаях осложнений как у матерей, так и у новорож-

денных *(42)*. Традиционные повитухи, независимо от наличия или отсутствия у них специальной подготовки, не относятся к категории квалифицированных помощников в родах.

Для большинства стран основным источником информации об оказании квалифицированной помощи женщине во время родов являются семейные социологические опросы. Перечень источников информации включает также Обследования по вопросам демографии и здоровья (компания ORC Macro и национальные статистические бюро), обследования по репродуктивному здоровью (Центры по контролю и профилактике болезней, США), мультииндикаторные кластерные исследования (ЮНИСЕФ), Панарабские эпидемиологические обследования по проблемам здоровья матери и ребенка (PAPCHILD), эпидемиологические обследования по вопросам репродукции в зоне Персидского залива, эпидемиологические обследования по вопросам репродукции и семьи (ECE), результаты национальных эпидемиологических обследований, информация из базы данных Отдела народонаселения ООН, а также материалы глобальных оценок, проведенных Отделением мониторинга и оценки Отдела репродуктивного здоровья и исследований Всемирной организации здравоохранения (Женева) в 2004 г.

Однако применение различных источников информации, использующих различные определения термина «квалифицированный помощник в родах», затрудняет проведение сравнительной оценки данных, полученных из разных стран, и даже информации, собранной в различное время на территории одной страны. Хотя ВОЗ и сформулировала требования к специальным знаниям и навыкам, которыми должен обладать квалифицированный помощник в родах, до сих пор не было предпринято систематических усилий, чтобы обеспечить действительное наличие этих знаний и навыков у медицинских работников, подпадающих под категорию квалифицированных помощников в родах.

## Процент родов в медицинских учреждениях

В таблице приведена информация о проценте родов, которые были приняты в медицинских учреждениях. Термин «медицинское учреждение» включает любую больницу или амбулаторное учреждение в государственном или частном секторе. Источники информации — те же, что и при определении процента родов с участием квалифицированного персонала.

## Процент родоразрешений путем кесарева сечения

В таблице указан процент женщин, у которых во время последних родов было выполнено кесарево сечение. В большинстве стран основным источником информации о родах являются опросы в семьях — аналогичные тем, на основании которых собирают информацию о проценте родов с участием квалифицированного персонала.

## Число акушерок и число родов

В таблице представлены сведения (по странам) об общем числе акушерок и о количестве родов за год. Во многих странах сведения о кадровых ресурсах получать трудно, они являются неполными и недостоверными. Основными источниками этих данных является Всемирный атлас ВОЗ: Кадровые ресурсы здравоохранения, база данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» и Отдел народонаселения ООН при Департаменте по экономическим и социальным вопросам ООН.

## Показатель материнской смертности

Включение задач по снижению материнской смертности в Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, стимулировало привлечение внимания к данной проблеме и обусловило появление дополнительных потребностей в информации. ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНФПА предприняли совместные усилия для оценки глобальных и национальных показателей материнской смертности (ПМС) за 2000 г.; результаты этой работы представлены в данной таблице. Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10) *(10)* определяет понятие «материнская смерть» как *«обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации ) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайной возникшей причины»*. Показатель материнской смертности является наиболее частой единицей измерения материнской смертности; он определяется как число материнских смертей за определенный период времени на 100 000 живорождений в течение того же периода времени. Этот показатель дает количественную характеристику риска смерти женщины после наступления у нее беременности. Величину материнской смертности измерить трудно, особенно в условиях, когда отсутствует система полной регистрации рождений и смертей и где не оформляются медицинские свидетельства о причине смерти. Более того, даже там, где общий уровень материнской смертности является относительно высоким, отдельные случаи материнской смертности являются относительно редким событием и, таким образом, могут легко возникать ошибки измерения. В результате все существующие оценки показателей материнской смертности характеризуются большей или меньшей неточностью. Подходы, использованные для получения данных об уровнях материнской смертности, приведенных в данной таблице, варьируют в значительной степени в плане методологии, источников информации и точности полученных результатов. Основным методом сбора информации являются опросы в семьях (включая «опросы сестер»), переписи населения, «Исследования смертности в репродуктивном возрасте» (RAMOS), а также математическое моделирование.

## Показатели неонатальной, ранней неонатальной смертности и мертворождаемости

События, связанные с рождением, смертью и неонатальным периодом, а также регистрацией и статистическими данными, пригодными для сравнения на международном уровне и соответствующими требованиям регистрации данных, на основании которых они рассчитаны, определены в главе «Стандарты и требования к регистрации применительно к фетальной, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности» *«Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятый пересмотр»* (МКБ-10). Ниже более подробно рассмотрены некоторые ключевые моменты, связанные с неонатальной и перинатальной смертностью.

Юридические требования к регистрации смерти плода и рождения живого ребенка варьируют в различных странах и даже в пределах одной и той же страны. По возможности, в статистические данные должны быть включены все плоды и младенцы с массой тела при рождении не менее 500 г, независимо от того, родились ли они живыми или мертвыми. Включение в национальные статистические материалы всех плодов и младенцев с массой тела от 500 г до 1000 г рекомендовано как из-за ценности этой информации, так и потому, что это улучшает полноту регистрации событий с детьми с массой тела 1000 г и больше. В статистических материалах для сравнения на международном

уровне как числители, так и знаменатели при расчете всех показателей должны включать плоды и детей с массой тела 1000 г или более. При использовании показателей в публикациях необходимо всегда уточнять знаменатель, то есть число живорожденных или общее число родов (число живорожденных плюс число погибших плодов).

Ключевыми понятиями применительно к неонатальной и перинатальной смертности являются следующие.

- *Перинатальная смертность*: случаи смерти ребенка в течение перинатального периода, который включает поздние сроки беременности, непосредственно роды и первую неделю жизни ребенка; таким образом, это понятие охватывает мертворождения и раннюю неонатальную смертность. Показатели перинатальной смертности рассчитывают на 1000 всех рождений (суммарное число детей, родившихся живыми, и мертворождений).
- *Неонатальная смертность*: случаи, когда ребенок родился живым, но умер в течение неонатального периода, который начинается в момент родов и продолжается первые четыре недели жизни. Неонатальный период можно разделить на ранний неонатальный период, который охватывает первую неделю жизни ребенка (и таким образом является частью перинатального периода), и поздний неонатальный период, который включает время от начала второй до конца четвертой недели жизни ребенка. Показатели неонатальной смертности рассчитывают на 1000 живорожденных.
- *Ранняя неонатальная смертность*: случаи, когда ребенок родился живым, но умер в течение первой недели жизни, которая также является частью перинатального периода. Показатель ранней неонатальной смертности рассчитывают на 1000 живорожденных.
- Термин *мертворождение* относится к плодам в возрасте 28 недель беременности *(10)*, которые в момент рождения не проявляют признаков жизни. *Показатель мертворождаемости* рассчитывают на 1000 всех родов (суммарное число детей, родившихся живыми, и мертворождений).

Для оценки используют данные, полученные в ходе опросов, а также материалы регистрации. Имеющиеся чаще всего сведения о смертности в первые дни жизни ребенка характеризуют неонатальную смертность. Национальные эпидемиологические обследования и материалы регистрации также дают представление о показателе неонатальной смертности, который может быть использован для расчетов показателя ранней неонатальной смертности, если в этом есть необходимость. Данных по неонатальной смертности на национальном уровне не было получено только применительно к 5% родов, поскольку эта информация охватывала 83% стран и 95% родов. Сведения о 81% родов (87% стран) были получены в результате проведения эпидемиологических обследований. Материалы записей актов гражданского состояния имелись только из 72 стран, то есть лишь из 37% стран, на долю которых приходится всего 14% рождений детей. Данные о ранней неонатальной смертности и о мертворождаемости имелись применительно к 73% и 53% стран соответственно, на долю которых приходится соответственно 76% и 40% рождений.

Оценки для стран, в отношении которых отсутствовали данные о неонатальной смертности, рассчитывали с использованием выполненных ВОЗ оценок показателей смертности детей в возрасте до 5 лет, применяя формулу регрессии, откорректированную с учетом летальных исходов от СПИДа. Показатели ранней неонатальной смертности рассчитывали исходя из уровней неонатальной смертности также методом регрессии. Оценка уровня мертворождаемости проводилась на основании зависимости между ранней неонатальной смертностью и мертворождаемостью в 14 регионах смертности.

Полученные таким образом оценки относятся, главным образом, ко второй половине 1990-х годов или к первым годам XXI века. Чтобы рассчитать по го-

дам оценочные данные о смертности, было предварительно определено соотношение между установленными ВОЗ показателями смертности детей в возрасте до пяти лет за 2000 г. и этими же показателями, рассчитанными каждой страной. Для получения оценочных показателей ранней неонатальной смертности за 2000 г. были использованы эти соотношения, чтобы скорректировать показатели, установленные на основании эпидемиологических обследований, с помощью системы регистрации рождений и смертей или с помощью регрессии. С этими поправками было определено распределение по возрасту случаев смерти в общей сумме всей рассчитанной ВОЗ смертности детей в возрасте до пяти лет.

## Библиография


1. *WHO mortality database*. Geneva, World Health Organization, 2004.
2. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE and the Child Health Epidemiology Reference Group. New WHO estimates of the causes of child deaths. *Lancet* (submitted).
3. United Nations Population Division. *World population prospects – the 2002 revision*. New York, NY, United Nations, 2003.
4. Murray CJL, Ferguson BD, Lopez AD, Guillot M, Salomon JA, Ahmad O. Modified logit life table system: principles, empirical validation and application. *Population Studies*, 2003, 57:1–18.
5. Lopez AD, Ahmad O, Guillot M, Ferguson B, Salomon J, Murray CJL et al. *World mortality in 2000: life tables for 191 countries*. Geneva, World Health Organization, 2002.
6. Mathers CD, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died of: an assessment of the global status of cause-of-death data. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005 (in press).
7. Hill K, Pande R, Mahy M, Jones G. *Trends in child mortality in the developing world: 1990 to 1996*. New York, NY, United Nations Children's Fund, 1998.
8. Mathers CD, Bernard C, Iburg KM, Inoue M, Ma Fat D, Shibuya K et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Geneva, World Health Organization, 2003 (GPE Discussion Paper No. 54; http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54&language=english, accessed 4 February 2004).
9. United Nations Department of International Economic and Social Affairs. *Manual x: indirect techniques for demographic estimation*. New York, NY, United Nations, 1983 (Population Studies No. 81; ST/ESA/SER.A/81).
10. *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1995.
11. Rutstein SO. *Infant and child mortality: levels, trends, and demographic differentials*. Revised ed. Voorburg, International Statistical Institute, 1984 (WFS Comparative Studies No. 43).
12. Pressat R. *Manuel d'analyse de la mortalité [Mortality Analysis Manual]*. Paris, L'Institut national d'études démographiques, 1985.
13. Salomon JA, Murray CJL. The epidemiologic transition revisited: compositional models for causes of death by age and sex. *Population and Development Review*, 2002, 28:205–228.
14. *Neonatal and perinatal mortality for the year 2000*. Geneva, World Health Organization, 2005 (in press).
15. *AIDS epidemic update 2004*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2004.
16. Boschi-Pinto C, Tomaskovic L, Gouws E, Shibuya K. Estimates of the distribution of child deaths due to diarrhoea in developing regions of the world. *International Journal of Epidemiology* (submitted).

17. Rowe AK, Rowe SY, Snow RW, Korenromp EL, Armstrong Schellenberg JRM, Stein C et al. The burden of malaria mortality among African children in the year 2000. *Lancet* (submitted).
18. Williams BG, Gouws E, Boschi-Pinto C, Bryce J, Dye C. Estimates of world-wide distribution of child deaths from acute respiratory infections. *Lancet Infectious Diseases*, 2002, 2:25–32.
19. Stein CE, Birmingham M, Kurian M, Duclos P, Strebel P. The global burden of measles in the year 2000 – a model that uses country-specific indicators. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187(Suppl. 1):S8–S14.
20. Morris SS, Black RE, Tomaskovic L. Predicting the distribution of under-five deaths by cause in countries without adequate vital registration systems. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:1041–1051.
21. Kosek M, Bern C, Guerrant R. The global burden of diarrhoeal disease, as estimated from studies published between 1992 and 2000. *Bulletin of the World Heatlh Organization*, 2003, 81:197–204.
22. Parashar UD, Hummelman EG, Bresee JS, Miller MA, Glass RI. Global illness and deaths caused by rotavirus disease in children. *Emerging Infectious Diseases*, 2003, 9:565–572.
23. Mapping Malaria Risk in Africa (MARA) Collaboration. *Towards an atlas of malaria risk in Africa. First technical report of the MARA/ARMA Collaboration*. Durban, Albany Print, 1998.
24. World Health Organization. *Measles mortality review meeting report, 22–23 January 2004* (http://www3.who.int/whosis/mort/text/measles_report.zip, accessed 19 January 2005).
25. Lawn JE, Cousens S, Wilczynska-Ketende K for the CHERG Neonatal Group. *Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in 2000. CHERG preliminary report 2004*.
26. Grassly NC, Morgan M, Walker N, Garnett G, Stanecki KA, Stover J et al. Uncertainty in estimates of HIV/AIDS: the estimation and application of plausibility bounds. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80(Suppl. 1):S31–S38.
27. WHO/World Bank/United States Agency for International Development. *Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://whqlibdoc.who.int/publication s/2003/9241546077.pdf, accessed 13 October 2003).
28. *A system of health accounts*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2000 (http://www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf, accessed 13 October 2003).
29. Organisation for Economic Co-operation and Development/International Monetary Fund/ World Bank/United Nations/Eurostat. *System of national accounts 1993*. New York, NY, United Nations, 1994.
30. *Government finance statistics yearbook, 2003*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2003.
31. *International financial statistics yearbook, 2003*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2003.
32. *International Financial Statistics*, 2004, November.
33. *ADB Key indicators 2003*. Manila, Asian Development Bank, 2004.
34. *OECD health data 2004*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development 2004.
35. *International development statistics 2004*. Organisation for Economic Co-operation and Development, Development Assistance Committee, 2004 (http://www1.oecd.org/dac/ htm/online.htm, accessed 15 October 2004).
36. *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2001*. New York, NY, United Nations, 2004.
37. *National accounts of OECD countries: detailed tables 1991/2002, 2004 edition, volume II*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2004.

38. *Southeast Asian Medical Information Center health statistics 2002*. Tokyo, The International Medical Foundation of Japan, 2003.
39. *Statistical pocket book 2004*. Belgrade, Serbia and Montenegro Statistical Office, 2004.
40. *GPV policy statement. Statement on vaccine quality*. Geneva, World Health Organization, 1997 (WHO/VSQ/GEN/96.02 Rev.1).
41. *World Contraceptive Use 2003*. New York, NY, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations, 2004.
42. *Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO*. Geneva, World Health Organization, 2004.

## Таблица 1 приложения. Основные показатели для всех государств-членов ВОЗ

Цифры рассчитаны ВОЗ для обеспечения сопоставимости[a]; они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | Государства-члены | ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ | | | | | | | | ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ГОДЫ) | | ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (НА | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Все население (000) | Прирост (убыль) за год (%) | Индекс зависимости (на 100) | | Процент населения в возрасте 60+ лет | | Суммарный показатель фертильности | | Муж. и жен. | | в возрасте до 5 лет (смертность в возрасте до 5 л Муж. и жен. | |
| | | 2003 | 1993–2003 | 1993 | 2003 | 1993 | 2003 | 1993 | 2003 | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал |
| 1 | Австралия | 19 731 | 1,1 | 50 | 48 | 15,7 | 16,9 | 1,9 | 1,7 | 81 | 80 - 81 | 6 | 5 - 6 |
| 2 | Австрия | 8 116 | 0,2 | 48 | 47 | 19,8 | 21,6 | 1,5 | 1,3 | 79 | 77 - 81 | 6 | 4 - 7 |
| 3 | Азербайджан | 8 370 | 1,0 | 64 | 55 | 7,8 | 9,1 | 2,8 | 2,1 | 65 | 64 - 66 | 91 | 77 - 104 |
| 4 | Албания | 3 166 | -0,3 | 60 | 52 | 8,0 | 9,7 | 2,8 | 2,3 | 72 | 72 - 73 | 21 | 19 - 23 |
| 5 | Алжир | 31 800 | 1,7 | 80 | 59 | 5,7 | 6,0 | 4,0 | 2,8 | 70 | 69 - 72 | 41 | 31 - 49 |
| 6 | Ангола | 13 625 | 2,9 | 98 | 101 | 4,6 | 4,3 | 7,2 | 7,2 | 40 | 31 - 47 | 260 | 225 - 293 |
| 7 | Андорра | 71 | 1,7 | 47 | 45 | 20,3 | 21,8 | 1,4 | 1,3 | 81 | 80 - 82 | 5 | 5 - 6 |
| 8 | Антигуа и Барбуда | 73 | 1,1 | 62 | 55 | 9,2 | 10,6 | 1,8 | 1,6 | 72 | 67 - 77 | 12 | 9 - 16 |
| 9 | Аргентина | 38 428 | 1,3 | 63 | 59 | 13,1 | 13,6 | 2,8 | 2,4 | 74 | 74 - 75 | 17 | 16 - 19 |
| 10 | Армения | 3 061 | -1,2 | 57 | 43 | 10,7 | 12,9 | 2,1 | 1,1 | 68 | 67 - 69 | 33 | 29 - 38 |
| 11 | Афганистан | 23 897 | 3,4 | 88 | 86 | 4,7 | 4,7 | 7,0 | 6,8 | 42 | 36 - 47 | 257 | 206 - 308 |
| 12 | Багамские Острова | 314 | 1,4 | 58 | 53 | 6,9 | 8,8 | 2,6 | 2,3 | 72 | 71 - 74 | 14 | 11 - 18 |
| 13 | Бангладеш | 146 736 | 2,2 | 80 | 70 | 4,8 | 5,1 | 4,4 | 3,4 | 63 | 62 - 64 | 69 | 65 - 75 |
| 14 | Барбадос | 270 | 0,4 | 54 | 42 | 14,7 | 13,1 | 1,6 | 1,5 | 75 | 69 - 79 | 13 | 8 - 18 |
| 15 | Бахрейн | 724 | 2,8 | 51 | 46 | 3,7 | 4,1 | 3,4 | 2,6 | 74 | 70 - 77 | 9 | 8 - 10 |
| 16 | Беларусь | 9 895 | -0,4 | 52 | 45 | 17,6 | 19,1 | 1,6 | 1,2 | 68 | 68 - 69 | 10 | 9 - 11 |
| 17 | Белиз | 256 | 2,4 | 90 | 72 | 6,0 | 5,9 | 4,3 | 3,1 | 68 | 62 - 72 | 39 | 31 - 48 |
| 18 | Бельгия | 10 318 | 0,2 | 50 | 53 | 21,0 | 22,3 | 1,6 | 1,7 | 79 | 78 - 79 | 5 | 5 - 6 |
| 19 | Бенин | 6 736 | 2,7 | 105 | 92 | 4,5 | 4,1 | 6,5 | 5,6 | 53 | 45 - 60 | 154 | 139 - 169 |
| 20 | Болгария | 7 897 | -0,8 | 50 | 44 | 20,4 | 21,8 | 1,4 | 1,1 | 72 | 72 - 73 | 15 | 14 - 16 |
| 21 | Боливия | 8 808 | 2,1 | 81 | 76 | 6,1 | 6,6 | 4,8 | 3,8 | 65 | 61 - 69 | 66 | 60 - 73 |
| 22 | Босния и Герцеговина | 4 161 | 1,1 | 43 | 39 | 11,5 | 15,4 | 1,5 | 1,3 | 73 | 72 - 74 | 17 | 15 - 20 |
| 23 | Ботсвана | 1 785 | 1,9 | 87 | 74 | 3,7 | 4,5 | 4,4 | 3,7 | 36 | 34 - 39 | 112 | 96 - 128 |
| 24 | Бразилия | 178 470 | 1,4 | 62 | 50 | 6,9 | 8,2 | 2,6 | 2,2 | 69 | 69 - 70 | 35 | 31 - 40 |
| 25 | Бруней-Даруссалам | 358 | 2,5 | 57 | 50 | 4,1 | 4,5 | 3,1 | 2,5 | 77 | 76 - 78 | 6 | 5 - 6 |
| 26 | Буркина-Фасо | 13 002 | 2,9 | 107 | 106 | 4,5 | 4,0 | 7,1 | 6,7 | 45 | 39 - 49 | 207 | 187 - 227 |
| 27 | Бурунди | 6 825 | 1,5 | 99 | 96 | 4,6 | 4,3 | 6,8 | 6,8 | 42 | 37 - 48 | 190 | 159 - 222 |
| 28 | Бутан | 2 257 | 2,5 | 90 | 84 | 6,2 | 6,5 | 5,7 | 5,0 | 63 | 58 - 66 | 85 | 68 - 101 |
| 29 | Бывшая Югославская Республика Македония | 2 056 | 0,6 | 50 | 48 | 12,6 | 14,9 | 1,8 | 1,9 | 72 | 71 - 73 | 12 | 11 - 13 |
| 30 | Вануату | 212 | 2,7 | 90 | 78 | 5,3 | 4,9 | 4,8 | 4,1 | 68 | 62 - 74 | 38 | 29 - 46 |
| 31 | Венгрия | 9 877 | -0,4 | 49 | 45 | 19,3 | 20,2 | 1,7 | 1,2 | 73 | 72 - 74 | 9 | 7 - 10 |
| 32 | Венесуэла (Боливарианская Республика) | 25 699 | 2,1 | 69 | 59 | 6,0 | 7,0 | 3,3 | 2,7 | 74 | 73 - 75 | 21 | 19 - 23 |
| 33 | Вьетнам | 81 377 | 1,5 | 75 | 57 | 7,3 | 7,4 | 3,2 | 2,3 | 71 | 70 - 72 | 23 | 20 - 26 |
| 34 | Габон | 1 329 | 2,4 | 92 | 82 | 7,3 | 6,2 | 5,1 | 3,9 | 58 | 52 - 63 | 91 | 82 - 100 |
| 35 | Гаити | 8 326 | 1,4 | 90 | 74 | 5,7 | 6,0 | 4,7 | 3,9 | 53 | 50 - 57 | 119 | 102 - 135 |
| 36 | Гайана | 765 | 0,4 | 65 | 53 | 6,8 | 7,1 | 2,5 | 2,3 | 62 | 57 - 67 | 69 | 42 - 96 |
| 37 | Гамбия | 1 426 | 3,2 | 84 | 79 | 5,2 | 5,8 | 5,6 | 4,7 | 57 | 54 - 61 | 123 | 105 - 141 |
| 38 | Гана | 20 922 | 2,3 | 91 | 76 | 4,7 | 5,2 | 5,2 | 4,1 | 58 | 55 - 62 | 95 | 85 - 104 |
| 39 | Гватемала | 12 347 | 2,7 | 95 | 86 | 5,2 | 5,3 | 5,4 | 4,4 | 66 | 65 - 68 | 47 | 40 - 54 |
| 40 | Гвинея | 8 480 | 2,2 | 92 | 88 | 4,4 | 4,6 | 6,4 | 5,8 | 52 | 49 - 55 | 160 | 145 - 175 |
| 41 | Гвинея-Биссау | 1 493 | 2,9 | 96 | 101 | 5,3 | 4,8 | 7,1 | 7,1 | 47 | 43 - 49 | 204 | 183 - 224 |
| 42 | Германия | 82 476 | 0,2 | 46 | 48 | 20,5 | 24,4 | 1,3 | 1,4 | 79 | 79 - 79 | 5 | 4 - 5 |
| 43 | Гондурас | 6 941 | 2,7 | 90 | 78 | 4,7 | 5,4 | 4,9 | 3,7 | 67 | 64 - 70 | 41 | 36 - 46 |
| 44 | Гренада | 80 | -0,5 | 62 | 55 | 9,2 | 10,6 | 3,9 | 3,5 | 67 | 66 - 69 | 23 | 17 - 28 |
| 45 | Греция | 10 976 | 0,6 | 48 | 49 | 21,0 | 24,0 | 1,4 | 1,3 | 79 | 78 - 79 | 6 | 5 - 6 |
| 46 | Грузия | 5 126 | -0,5 | 53 | 49 | 15,8 | 18,8 | 1,8 | 1,4 | 71 | 69 - 72 | 45 | 40 - 49 |
| 47 | Дания | 5 364 | 0,3 | 48 | 51 | 20,0 | 20,7 | 1,7 | 1,8 | 77 | 77 - 78 | 5 | 5 - 6 |
| 48 | Демократическая Республика Конго | 52 771 | 2,4 | 100 | 98 | 4,4 | 4,2 | 6,7 | 6,7 | 44 | 40 - 48 | 205 | 180 - 229 |
| 49 | Джибути | 703 | 2,4 | 85 | 86 | 4,6 | 5,1 | 6,2 | 5,7 | 55 | 51 - 58 | 138 | 93 - 183 |

| | ЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ГОДЫ) | | | | ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (НА 1000) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | До достижения возраста 5 лет (показатель смертности детей в возрасте до 5 лет[b]) | | | | В возрасте от 15 до 60 лет (показатель смертности взрослых) | | | |
| | Муж. | | Жен. | | Муж. | | Жен. | | Муж. | | Жен. | |
| | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал |
| 1 | 78 | 78 - 78 | 83 | 83 - 83 | 6 | 6 - 7 | 5 | 4 - 5 | 89 | 86 - 92 | 51 | 49 - 53 |
| 2 | 76 | 76 - 76 | 82 | 81 - 82 | 6 | 5 - 7 | 5 | 5 - 6 | 115 | 111 - 120 | 59 | 56 - 62 |
| 3 | 62 | 61 - 63 | 68 | 66 - 69 | 96 | 77 - 115 | 85 | 69 - 101 | 220 | 193 - 246 | 120 | 100 - 141 |
| 4 | 69 | 68 - 71 | 75 | 74 - 76 | 23 | 20 - 25 | 19 | 17 - 20 | 167 | 147 - 185 | 92 | 82 - 105 |
| 5 | 69 | 68 - 70 | 72 | 71 - 73 | 45 | 36 - 54 | 36 | 29 - 44 | 155 | 140 - 169 | 125 | 111 - 141 |
| 6 | 38 | 31 - 44 | 42 | 34 - 49 | 276 | 245 - 306 | 243 | 216 - 271 | 584 | 450 - 774 | 488 | 304 - 700 |
| 7 | 78 | 77 - 79 | 84 | 84 - 85 | 5 | 5 - 6 | 4 | 4 - 5 | 107 | 96 - 119 | 41 | 37 - 46 |
| 8 | 70 | 69 - 71 | 75 | 74 - 76 | 13 | 7 - 20 | 11 | 6 - 17 | 193 | 169 - 213 | 122 | 110 - 136 |
| 9 | 71 | 70 - 71 | 78 | 78 - 78 | 19 | 18 - 21 | 16 | 15 - 17 | 176 | 169 - 183 | 90 | 88 - 92 |
| 10 | 65 | 64 - 66 | 72 | 70 - 73 | 35 | 32 - 39 | 31 | 28 - 34 | 240 | 204 - 282 | 108 | 91 - 127 |
| 11 | 41 | 31 - 52 | 42 | 28 - 54 | 258 | 179 - 336 | 256 | 181 - 332 | 510 | 326 - 740 | 448 | 196 - 736 |
| 12 | 69 | 69 - 70 | 75 | 75 - 76 | 16 | 13 - 19 | 13 | 10 - 15 | 257 | 239 - 276 | 146 | 138 - 155 |
| 13 | 63 | 62 - 64 | 63 | 62 - 64 | 68 | 61 - 75 | 70 | 63 - 77 | 251 | 222 - 281 | 258 | 231 - 283 |
| 14 | 71 | 70 - 72 | 78 | 78 - 79 | 14 | 11 - 18 | 12 | 9 - 14 | 189 | 171 - 208 | 106 | 95 - 117 |
| 15 | 73 | 70 - 76 | 75 | 67 - 83 | 10 | 9 - 11 | 8 | 7 - 9 | 117 | 80 - 165 | 81 | 28 - 175 |
| 16 | 63 | 63 - 63 | 75 | 75 - 75 | 11 | 10 - 12 | 8 | 7 - 9 | 370 | 366 - 373 | 130 | 127 - 132 |
| 17 | 65 | 63 - 67 | 71 | 70 - 72 | 44 | 35 - 55 | 34 | 26 - 41 | 257 | 218 - 293 | 153 | 136 - 169 |
| 18 | 75 | 75 - 76 | 82 | 81 - 82 | 6 | 5 - 6 | 5 | 4 - 5 | 125 | 121 - 129 | 66 | 64 - 69 |
| 19 | 52 | 45 - 57 | 54 | 46 - 60 | 158 | 142 - 174 | 150 | 135 - 164 | 393 | 257 - 564 | 332 | 196 - 522 |
| 20 | 69 | 69 - 69 | 76 | 76 - 76 | 17 | 15 - 18 | 13 | 12 - 14 | 216 | 213 - 219 | 91 | 89 - 94 |
| 21 | 63 | 57 - 70 | 67 | 59 - 72 | 68 | 61 - 75 | 64 | 58 - 71 | 247 | 100 - 405 | 180 | 83 - 351 |
| 22 | 69 | 68 - 71 | 76 | 75 - 78 | 20 | 15 - 25 | 15 | 11 - 19 | 190 | 161 - 216 | 89 | 76 - 103 |
| 23 | 37 | 34 - 40 | 36 | 33 - 39 | 114 | 96 - 129 | 111 | 93 - 127 | 850 | 793 - 890 | 839 | 777 - 884 |
| 24 | 66 | 66 - 67 | 73 | 72 - 73 | 39 | 33 - 45 | 32 | 27 - 36 | 240 | 231 - 249 | 129 | 121 - 137 |
| 25 | 75 | 74 - 77 | 79 | 78 - 80 | 6 | 5 - 7 | 5 | 4 - 6 | 114 | 98 - 131 | 86 | 76 - 100 |
| 26 | 44 | 38 - 48 | 46 | 38 - 52 | 214 | 194 - 235 | 200 | 180 - 220 | 533 | 418 - 687 | 462 | 324 - 647 |
| 27 | 40 | 34 - 46 | 45 | 38 - 51 | 197 | 157 - 238 | 183 | 147 - 221 | 654 | 528 - 777 | 525 | 395 - 678 |
| 28 | 61 | 54 - 68 | 64 | 56 - 70 | 85 | 67 - 101 | 85 | 68 - 100 | 261 | 118 - 448 | 202 | 94 - 382 |
| 29 | 69 | 68 - 70 | 75 | 75 - 76 | 13 | 12 - 14 | 11 | 10 - 13 | 202 | 187 - 218 | 86 | 79 - 93 |
| 30 | 67 | 63 - 71 | 69 | 66 - 73 | 38 | 27 - 49 | 38 | 27 - 47 | 214 | 145 - 284 | 173 | 116 - 231 |
| 31 | 68 | 68 - 68 | 77 | 77 - 77 | 9 | 9 - 10 | 8 | 7 - 9 | 257 | 254 - 261 | 111 | 109 - 113 |
| 32 | 71 | 70 - 72 | 77 | 77 - 77 | 24 | 21 - 26 | 19 | 17 - 21 | 181 | 168 - 195 | 97 | 91 - 103 |
| 33 | 68 | 67 - 69 | 74 | 73 - 74 | 26 | 23 - 29 | 20 | 18 - 23 | 205 | 190 - 220 | 129 | 117 - 140 |
| 34 | 55 | 50 - 62 | 60 | 54 - 66 | 102 | 92 - 112 | 80 | 71 - 88 | 397 | 250 - 533 | 323 | 209 - 464 |
| 35 | 52 | 46 - 58 | 54 | 48 - 61 | 123 | 107 - 140 | 114 | 98 - 129 | 450 | 307 - 598 | 385 | 257 - 525 |
| 36 | 61 | 58 - 64 | 64 | 61 - 67 | 75 | 39 - 111 | 62 | 32 - 91 | 290 | 254 - 330 | 255 | 214 - 296 |
| 37 | 56 | 49 - 62 | 59 | 52 - 65 | 130 | 111 - 150 | 116 | 99 - 132 | 332 | 189 - 510 | 262 | 146 - 434 |
| 38 | 57 | 51 - 63 | 60 | 54 - 66 | 99 | 84 - 111 | 92 | 81 - 104 | 352 | 209 - 513 | 295 | 187 - 433 |
| 39 | 64 | 62 - 65 | 69 | 68 - 71 | 50 | 45 - 55 | 44 | 39 - 48 | 289 | 246 - 332 | 165 | 132 - 202 |
| 40 | 51 | 45 - 56 | 53 | 46 - 59 | 165 | 151 - 180 | 154 | 141 - 170 | 403 | 269 - 572 | 342 | 201 - 516 |
| 41 | 45 | 39 - 50 | 48 | 40 - 55 | 213 | 190 - 232 | 195 | 174 - 215 | 479 | 354 - 650 | 405 | 254 - 605 |
| 42 | 76 | 76 - 76 | 82 | 82 - 82 | 5 | 5 - 5 | 4 | 4 - 4 | 115 | 111 - 119 | 59 | 58 - 60 |
| 43 | 65 | 61 - 69 | 69 | 66 - 72 | 42 | 39 - 46 | 40 | 36 - 44 | 248 | 170 - 348 | 181 | 126 - 248 |
| 44 | 66 | 65 - 67 | 69 | 68 - 70 | 24 | 19 - 31 | 21 | 15 - 26 | 258 | 234 - 281 | 220 | 203 - 239 |
| 45 | 76 | 76 - 76 | 81 | 81 - 82 | 6 | 6 - 7 | 5 | 4 - 6 | 118 | 115 - 120 | 48 | 45 - 50 |
| 46 | 67 | 66 - 68 | 75 | 73 - 76 | 50 | 45 - 54 | 39 | 35 - 42 | 195 | 170 - 223 | 76 | 59 - 96 |
| 47 | 75 | 75 - 75 | 80 | 80 - 80 | 6 | 5 - 7 | 5 | 4 - 5 | 121 | 117 - 124 | 73 | 71 - 76 |
| 48 | 42 | 36 - 47 | 47 | 40 - 53 | 217 | 185 - 248 | 192 | 163 - 220 | 578 | 441 - 720 | 452 | 302 - 618 |
| 49 | 53 | 47 - 59 | 56 | 48 - 62 | 144 | 121 - 166 | 132 | 110 - 154 | 376 | 243 - 544 | 311 | 190 - 483 |

## Таблица 1 приложения. Основные показатели для всех государств-членов ВОЗ

Цифры рассчитаны ВОЗ для обеспечения сопоставимости[a]; они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | Государства-члены | ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ: Все население (000) | Прирост (убыль) за год (%) | Индекс зависимости (на 100) | | Процент населения в возрасте 60+ лет | | Суммарный показатель фертильности | | ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ГОДЫ) Муж. и жен. | | ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (НА 1 в возрасте до 5 лет (смертность в возрасте до 5 л Муж. и жен. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2003 | 1993–2003 | 1993 | 2003 | 1993 | 2003 | 1993 | 2003 | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал |
| 50 | Доминика | 79 | 0,7 | 62 | 55 | 9,2 | 10,6 | 2,0 | 1,8 | 73 | 72 - 74 | 12 | 11 - 14 |
| 51 | Доминиканская Республика | 8 745 | 1,6 | 69 | 58 | 5,8 | 7,1 | 3,1 | 2,7 | 68 | 66 - 70 | 35 | 29 - 40 |
| 52 | Египет | 71 931 | 2,0 | 79 | 65 | 6,4 | 6,9 | 4,0 | 3,3 | 67 | 66 - 68 | 39 | 36 - 43 |
| 53 | Замбия | 10 812 | 2,0 | 94 | 99 | 4,4 | 4,7 | 6,2 | 5,6 | 39 | 35 - 43 | 182 | 154 - 210 |
| 54 | Зимбабве | 12 891 | 1,4 | 95 | 86 | 4,5 | 5,2 | 5,0 | 3,9 | 37 | 35 - 38 | 126 | 111 - 141 |
| 55 | Израиль | 6 433 | 2,5 | 66 | 61 | 12,8 | 13,0 | 2,9 | 2,7 | 80 | 80 - 80 | 6 | 6 - 7 |
| 56 | Индия | 1 065 462 | 1,7 | 68 | 61 | 7,0 | 7,8 | 3,8 | 3,0 | 62 | 61 - 62 | 87 | 76 - 99 |
| 57 | Индонезия | 219 883 | 1,4 | 63 | 53 | 6,6 | 8,0 | 3,0 | 2,3 | 67 | 66 - 67 | 41 | 32 - 54 |
| 58 | Иордания | 5 473 | 3,6 | 86 | 69 | 4,3 | 4,9 | 4,8 | 3,5 | 71 | 70 - 72 | 28 | 22 - 34 |
| 59 | Ирак | 25 175 | 2,9 | 87 | 78 | 4,4 | 4,7 | 5,7 | 4,7 | 55 | 52 - 58 | 125 | 96 - 157 |
| 60 | Иран (Исламская Республика) | 68 920 | 1,3 | 92 | 56 | 6,0 | 6,4 | 4,2 | 2,3 | 69 | 69 - 70 | 39 | 31 - 47 |
| 61 | Ирландия | 3 956 | 1,1 | 59 | 47 | 15,3 | 15,5 | 2,0 | 1,9 | 78 | 78 - 79 | 6 | 5 - 7 |
| 62 | Исландия | 290 | 1,0 | 55 | 52 | 14,9 | 15,5 | 2,2 | 1,9 | 80 | 79 - 82 | 3 | 3 - 4 |
| 63 | Испания | 41 060 | 0,3 | 47 | 45 | 20,3 | 21,8 | 1,3 | 1,2 | 80 | 79 - 80 | 5 | 4 - 5 |
| 64 | Италия | 57 423 | 0,1 | 46 | 49 | 21,9 | 24,7 | 1,3 | 1,2 | 81 | 79 - 83 | 5 | 4 - 6 |
| 65 | Йемен | 20 010 | 3,8 | 113 | 103 | 3,7 | 3,6 | 7,8 | 7,0 | 59 | 56 - 63 | 113 | 88 - 137 |
| 66 | Кабо-Верде | 463 | 2,2 | 101 | 78 | 6,6 | 6,1 | 4,6 | 3,3 | 70 | 67 - 73 | 35 | 30 - 40 |
| 67 | Казахстан | 15 433 | -0,8 | 58 | 49 | 9,4 | 11,5 | 2,4 | 1,9 | 61 | 60 - 65 | 73 | 56 - 90 |
| 68 | Камбоджа | 14 144 | 2,7 | 101 | 80 | 4,4 | 4,7 | 5,4 | 4,7 | 54 | 51 - 57 | 140 | 124 - 158 |
| 69 | Камерун | 16 018 | 2,3 | 93 | 85 | 5,5 | 5,6 | 5,6 | 4,6 | 48 | 42 - 53 | 166 | 148 - 184 |
| 70 | Канада | 31 510 | 0,9 | 48 | 45 | 15,9 | 17,4 | 1,7 | 1,5 | 80 | 79 - 81 | 6 | 5 - 6 |
| 71 | Катар | 610 | 1,9 | 38 | 39 | 2,2 | 3,3 | 4,1 | 3,2 | 74 | 73 - 75 | 13 | 10 - 16 |
| 72 | Кения | 31 987 | 2,1 | 102 | 80 | 4,1 | 4,2 | 5,3 | 3,9 | 50 | 47 - 53 | 123 | 108 - 138 |
| 73 | Кипр | 802 | 1,1 | 58 | 50 | 14,9 | 16,4 | 2,3 | 1,9 | 78 | 78 - 79 | 6 | 5 - 6 |
| 74 | Кирибати | 88 | 1,5 | 70 | 67 | 6,3 | 7,1 | 4,6 | 4,0 | 65 | 58 - 71 | 66 | 58 - 74 |
| 75 | Китай | 1 311 709 | 0,9 | 49 | 43 | 9,0 | 10,5 | 1,9 | 1,8 | 71 | 70 - 72 | 37 | 31 - 44 |
| 76 | Колумбия | 44 222 | 1,8 | 65 | 58 | 6,4 | 7,2 | 3,0 | 2,6 | 72 | 72 - 73 | 21 | 19 - 24 |
| 77 | Коморские Острова | 768 | 2,9 | 94 | 81 | 4,0 | 4,2 | 5,8 | 4,8 | 64 | 56 - 73 | 73 | 59 - 85 |
| 78 | Конго | 3 724 | 3,1 | 96 | 100 | 4,8 | 4,5 | 6,3 | 6,3 | 54 | 48 - 61 | 108 | 89 - 128 |
| 79 | Корейская Народно-Демократическая Республика | 22 664 | 0,8 | 47 | 48 | 8,2 | 10,9 | 2,3 | 2,0 | 66 | 63 - 70 | 55 | 39 - 72 |
| 80 | Коста-Рика | 4 173 | 2,3 | 67 | 55 | 7,2 | 8,0 | 2,9 | 2,3 | 77 | 77 - 77 | 10 | 9 - 11 |
| 81 | Кот-д'Ивуар | 16 631 | 2,0 | 93 | 80 | 4,4 | 5,2 | 5,9 | 4,7 | 45 | 39 - 51 | 193 | 161 - 223 |
| 82 | Куба | 11 300 | 0,4 | 45 | 43 | 12,0 | 14,8 | 1,6 | 1,6 | 77 | 76 - 78 | 7 | 6 - 9 |
| 83 | Кувейт | 2 521 | 3,2 | 52 | 38 | 2,1 | 2,9 | 3,2 | 2,6 | 77 | 77 - 78 | 12 | 11 - 13 |
| 84 | Кыргызстан | 5 138 | 1,4 | 75 | 62 | 8,4 | 8,5 | 3,4 | 2,6 | 63 | 62 - 65 | 68 | 53 - 84 |
| 85 | Лаосская Народно-Демократическая Республика | 5 657 | 2,4 | 91 | 82 | 5,7 | 5,4 | 5,8 | 4,7 | 59 | 57 - 60 | 91 | 81 - 99 |
| 86 | Латвия | 2 307 | -1,2 | 52 | 47 | 18,7 | 22,0 | 1,6 | 1,1 | 71 | 69 - 73 | 13 | 10 - 15 |
| 87 | Лесото | 1 802 | 1,0 | 93 | 80 | 6,8 | 6,9 | 4,7 | 3,8 | 38 | 37 - 40 | 84 | 74 - 95 |
| 88 | Либерия | 3 367 | 5,1 | 97 | 96 | 3,9 | 3,6 | 6,9 | 6,8 | 41 | 37 - 45 | 235 | 177 - 310 |
| 89 | Ливан | 3 653 | 2,1 | 65 | 54 | 8,3 | 8,5 | 2,8 | 2,2 | 70 | 69 - 71 | 31 | 27 - 35 |
| 90 | Ливийская Арабская Джамахирия | 5 551 | 2,0 | 79 | 53 | 4,6 | 6,2 | 4,0 | 3,0 | 73 | 70 - 75 | 16 | 14 - 18 |
| 91 | Литва | 3 444 | -0,6 | 52 | 50 | 17,2 | 19,9 | 1,7 | 1,3 | 72 | 72 - 72 | 9 | 7 - 10 |
| 92 | Люксембург | 453 | 1,4 | 45 | 49 | 18,2 | 18,3 | 1,7 | 1,7 | 79 | 79 - 79 | 4 | 4 - 6 |
| 93 | Маврикий | 1 221 | 1,1 | 52 | 46 | 8,4 | 9,1 | 2,3 | 1,9 | 72 | 70 - 74 | 17 | 11 - 23 |
| 94 | Мавритания | 2 893 | 2,9 | 89 | 87 | 5,3 | 5,3 | 6,1 | 5,8 | 51 | 47 - 54 | 184 | 161 - 207 |
| 95 | Мадагаскар | 17 404 | 2,9 | 92 | 91 | 4,8 | 4,7 | 6,2 | 5,7 | 57 | 54 - 61 | 126 | 109 - 143 |
| 96 | Малави | 12 105 | 2,1 | 92 | 100 | 5,0 | 5,2 | 6,7 | 6,1 | 42 | 39 - 44 | 178 | 157 - 201 |
| 97 | Малайзия | 24 425 | 2,4 | 66 | 60 | 5,9 | 6,7 | 3,6 | 2,9 | 72 | 72 - 73 | 7 | 6 - 8 |
| 98 | Мали | 13 007 | 2,9 | 103 | 107 | 3,9 | 3,8 | 7,0 | 7,0 | 45 | 41 - 48 | 220 | 180 - 260 |

| | ЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ГОДЫ) | | | | ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (НА 1000) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | До достижения возраста 5 лет (показатель смертности детей в возрасте до 5 лет[b]) | | | | В возрасте от 15 до 60 лет (показатель смертности взрослых) | | | |
| | Муж. | | Жен. | | Муж. | | Жен. | | Муж. | | Жен. | |
| | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал |
| 50 | 71 | 70 - 71 | 76 | 74 - 77 | 12 | 10 - 14 | 13 | 9 - 18 | 210 | 192 - 231 | 118 | 92 - 151 |
| 51 | 65 | 64 - 66 | 72 | 71 - 73 | 38 | 34 - 42 | 32 | 29 - 35 | 250 | 215 - 285 | 147 | 123 - 172 |
| 52 | 65 | 64 - 66 | 69 | 67 - 71 | 39 | 35 - 43 | 40 | 36 - 44 | 242 | 208 - 280 | 157 | 119 - 201 |
| 53 | 39 | 35 - 43 | 39 | 35 - 44 | 191 | 169 - 213 | 173 | 153 - 193 | 719 | 618 - 808 | 685 | 579 - 782 |
| 54 | 37 | 34 - 40 | 36 | 34 - 40 | 133 | 121 - 145 | 119 | 107 - 129 | 830 | 776 - 874 | 819 | 754 - 864 |
| 55 | 78 | 77 - 78 | 82 | 82 - 82 | 7 | 6 - 7 | 6 | 5 - 6 | 92 | 89 - 95 | 51 | 49 - 54 |
| 56 | 60 | 60 - 61 | 63 | 62 - 64 | 85 | 76 - 93 | 90 | 81 - 98 | 283 | 261 - 305 | 213 | 194 - 235 |
| 57 | 65 | 64 - 66 | 68 | 67 - 69 | 45 | 40 - 49 | 37 | 33 - 40 | 241 | 224 - 259 | 204 | 191 - 219 |
| 58 | 69 | 67 - 70 | 73 | 72 - 74 | 29 | 21 - 36 | 27 | 20 - 33 | 189 | 170 - 207 | 120 | 111 - 129 |
| 59 | 50 | 45 - 56 | 61 | 57 - 65 | 130 | 77 - 180 | 120 | 76 - 170 | 466 | 350 - 559 | 205 | 175 - 235 |
| 60 | 67 | 66 - 68 | 72 | 71 - 73 | 42 | 33 - 51 | 36 | 29 - 43 | 201 | 182 - 219 | 125 | 114 - 136 |
| 61 | 76 | 76 - 76 | 81 | 80 - 81 | 7 | 6 - 8 | 5 | 4 - 6 | 100 | 96 - 104 | 60 | 57 - 63 |
| 62 | 78 | 78 - 79 | 82 | 82 - 83 | 4 | 4 - 4 | 2 | 2 - 2 | 81 | 73 - 89 | 53 | 49 - 57 |
| 63 | 76 | 76 - 77 | 83 | 83 - 84 | 5 | 5 - 5 | 4 | 4 - 5 | 116 | 109 - 124 | 46 | 45 - 48 |
| 64 | 78 | 77 - 78 | 84 | 83 - 84 | 5 | 5 - 6 | 4 | 4 - 5 | 93 | 90 - 97 | 47 | 46 - 49 |
| 65 | 57 | 51 - 64 | 61 | 53 - 67 | 119 | 105 - 134 | 106 | 94 - 119 | 298 | 154 - 473 | 227 | 112 - 411 |
| 66 | 67 | 62 - 71 | 73 | 69 - 76 | 41 | 32 - 49 | 29 | 23 - 35 | 213 | 129 - 320 | 129 | 80 - 197 |
| 67 | 56 | 55 - 62 | 67 | 66 - 68 | 83 | 63 - 104 | 62 | 47 - 78 | 419 | 404 - 434 | 187 | 166 - 207 |
| 68 | 50 | 45 - 56 | 57 | 50 - 64 | 153 | 137 - 168 | 127 | 114 - 139 | 441 | 315 - 597 | 285 | 161 - 455 |
| 69 | 47 | 42 - 52 | 48 | 42 - 54 | 168 | 152 - 183 | 164 | 149 - 179 | 503 | 386 - 635 | 461 | 331 - 603 |
| 70 | 78 | 77 - 78 | 82 | 82 - 83 | 6 | 6 - 6 | 5 | 5 - 5 | 93 | 91 - 96 | 57 | 56 - 58 |
| 71 | 75 | 74 - 76 | 74 | 72 - 76 | 14 | 11 - 18 | 11 | 10 - 14 | 93 | 85 - 102 | 76 | 60 - 96 |
| 72 | 50 | 45 - 56 | 49 | 44 - 55 | 126 | 114 - 138 | 120 | 108 - 132 | 495 | 369 - 626 | 521 | 396 - 643 |
| 73 | 76 | 76 - 77 | 81 | 79 - 82 | 5 | 5 - 6 | 6 | 5 - 8 | 99 | 91 - 108 | 47 | 37 - 59 |
| 74 | 62 | 61 - 63 | 67 | 66 - 69 | 73 | 63 - 83 | 59 | 49 - 68 | 304 | 270 - 338 | 191 | 165 - 218 |
| 75 | 70 | 69 - 70 | 73 | 72 - 73 | 32 | 29 - 36 | 43 | 38 - 47 | 164 | 153 - 174 | 103 | 94 - 113 |
| 76 | 68 | 67 - 69 | 77 | 76 - 78 | 25 | 22 - 27 | 18 | 16 - 20 | 231 | 217 - 246 | 97 | 87 - 109 |
| 77 | 62 | 55 - 69 | 66 | 59 - 73 | 79 | 62 - 94 | 67 | 53 - 80 | 254 | 103 - 432 | 182 | 80 - 340 |
| 78 | 53 | 47 - 59 | 55 | 48 - 62 | 113 | 85 - 142 | 103 | 79 - 128 | 434 | 295 - 585 | 381 | 264 - 534 |
| 79 | 65 | 58 - 72 | 68 | 59 - 75 | 56 | 30 - 83 | 54 | 28 - 81 | 231 | 95 - 390 | 168 | 69 - 345 |
| 80 | 75 | 74 - 75 | 80 | 79 - 80 | 11 | 10 - 13 | 9 | 8 - 10 | 129 | 121 - 138 | 76 | 71 - 81 |
| 81 | 42 | 35 - 49 | 49 | 42 - 55 | 223 | 172 - 272 | 160 | 126 - 193 | 558 | 427 - 726 | 450 | 324 - 604 |
| 82 | 75 | 75 - 76 | 79 | 79 - 80 | 8 | 7 - 9 | 6 | 6 - 7 | 137 | 130 - 144 | 87 | 84 - 90 |
| 83 | 76 | 76 - 77 | 79 | 78 - 79 | 12 | 11 - 14 | 12 | 10 - 13 | 73 | 68 - 77 | 53 | 47 - 59 |
| 84 | 59 | 59 - 60 | 68 | 67 - 68 | 73 | 58 - 88 | 63 | 50 - 75 | 339 | 318 - 358 | 160 | 143 - 177 |
| 85 | 58 | 55 - 61 | 60 | 57 - 62 | 96 | 75 - 113 | 85 | 68 - 104 | 335 | 279 - 394 | 303 | 270 - 339 |
| 86 | 66 | 65 - 66 | 76 | 76 - 76 | 14 | 12 - 16 | 11 | 9 - 13 | 306 | 299 - 314 | 120 | 115 - 124 |
| 87 | 35 | 33 - 38 | 40 | 37 - 44 | 87 | 73 - 99 | 82 | 69 - 95 | 912 | 860 - 945 | 781 | 710 - 834 |
| 88 | 40 | 33 - 46 | 43 | 35 - 51 | 246 | 198 - 291 | 224 | 178 - 265 | 590 | 445 - 752 | 484 | 316 - 683 |
| 89 | 68 | 67 - 69 | 72 | 71 - 73 | 34 | 30 - 37 | 28 | 25 - 30 | 199 | 175 - 225 | 138 | 123 - 152 |
| 90 | 71 | 67 - 74 | 76 | 73 - 78 | 16 | 14 - 19 | 15 | 13 - 18 | 172 | 105 - 258 | 101 | 64 - 151 |
| 91 | 66 | 66 - 67 | 78 | 78 - 78 | 10 | 8 - 11 | 7 | 6 - 9 | 302 | 296 - 309 | 106 | 102 - 110 |
| 92 | 76 | 76 - 76 | 82 | 81 - 82 | 5 | 4 - 6 | 4 | 4 - 6 | 115 | 109 - 121 | 63 | 57 - 70 |
| 93 | 69 | 68 - 69 | 76 | 75 - 76 | 19 | 15 - 24 | 14 | 11 - 18 | 218 | 199 - 238 | 115 | 107 - 123 |
| 94 | 48 | 41 - 54 | 53 | 45 - 60 | 200 | 169 - 231 | 167 | 143 - 191 | 408 | 278 - 601 | 312 | 160 - 506 |
| 95 | 55 | 49 - 61 | 59 | 51 - 65 | 135 | 118 - 151 | 117 | 104 - 132 | 337 | 190 - 510 | 260 | 143 - 456 |
| 96 | 41 | 37 - 46 | 42 | 37 - 47 | 182 | 165 - 199 | 175 | 160 - 191 | 652 | 546 - 757 | 615 | 501 - 731 |
| 97 | 70 | 70 - 71 | 75 | 74 - 75 | 8 | 7 - 9 | 7 | 6 - 7 | 195 | 185 - 206 | 108 | 102 - 114 |
| 98 | 44 | 38 - 50 | 46 | 38 - 53 | 225 | 202 - 248 | 216 | 195 - 237 | 486 | 359 - 657 | 427 | 247 - 624 |

## Таблица 1 приложения. Основные показатели для всех государств-членов ВОЗ

Цифры рассчитаны ВОЗ для обеспечения сопоставимости[a]; они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | Государства-члены | ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ | | | | | | | | ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ | | ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (НА 1 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Все население (000) | Прирост (убыль) за год (%) | Индекс зависимости (на 100) | | Процент населения в возрасте 60+ лет | | Суммарный показатель фертильности | | при рождении (годы) Муж. и жен. | | в возрасте до 5 лет (смертность в возрасте до 5 ле Муж. и жен. | |
| | | 2003 | 1993–2003 | 1993 | 2003 | 1993 | 2003 | 1993 | 2003 | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал |
| 99 | Мальдивские Острова | 318 | 3,0 | 98 | 85 | 5,4 | 5,2 | 6,1 | 5,3 | 65 | 64 - 66 | 72 | 63 - 81 |
| 100 | Мальта | 394 | 0,6 | 51 | 47 | 15,4 | 17,8 | 2,0 | 1,8 | 79 | 78 - 79 | 6 | 5 - 7 |
| 101 | Марокко | 30 566 | 1,7 | 71 | 56 | 6,1 | 6,5 | 3,5 | 2,7 | 71 | 67 - 76 | 39 | 32 - 45 |
| 102 | Маршалловы Острова | 53 | 1,3 | 70 | 67 | 6,3 | 7,1 | 6,2 | 5,4 | 61 | 56 - 66 | 61 | 50 - 72 |
| 103 | Мексика | 103 457 | 1,6 | 70 | 60 | 6,1 | 7,4 | 3,1 | 2,5 | 74 | 74 - 75 | 28 | 24 - 32 |
| 104 | Микронезия (Федеративные Штаты) | 109 | 0,5 | 91 | 73 | 5,5 | 5,0 | 4,8 | 3,8 | 70 | 66 - 74 | 23 | 18 - 28 |
| 105 | Мозамбик | 18 863 | 2,4 | 94 | 89 | 5,1 | 5,1 | 6,2 | 5,6 | 45 | 41 - 48 | 158 | 142 - 175 |
| 106 | Монако | 34 | 1,0 | 53 | 53 | 19,7 | 20,5 | 1,7 | 1,8 | 81 | 81 - 82 | 4 | 4 - 5 |
| 107 | Монголия | 2 594 | 1,1 | 79 | 56 | 5,8 | 5,7 | 3,3 | 2,4 | 65 | 64 - 66 | 68 | 54 - 81 |
| 108 | Мьянма | 49 485 | 1,5 | 68 | 58 | 6,7 | 7,0 | 3,8 | 2,8 | 59 | 56 - 63 | 106 | 80 - 133 |
| 109 | Намибия | 1 987 | 2,5 | 87 | 88 | 5,4 | 5,7 | 5,6 | 4,5 | 51 | 49 - 54 | 65 | 54 - 75 |
| 110 | Науру | 13 | 2,5 | 70 | 67 | 6,3 | 7,1 | 4,4 | 3,8 | 61 | 53 - 68 | 30 | 26 - 35 |
| 111 | Непал | 25 164 | 2,3 | 81 | 78 | 5,6 | 5,9 | 4,9 | 4,2 | 61 | 60 - 61 | 82 | 69 - 96 |
| 112 | Нигер | 11 972 | 3,5 | 108 | 109 | 3,5 | 3,2 | 8,0 | 8,0 | 41 | 37 - 45 | 262 | 219 - 303 |
| 113 | Нигерия | 124 009 | 2,8 | 96 | 90 | 4,7 | 4,8 | 6,3 | 5,4 | 45 | 42 - 48 | 198 | 173 - 227 |
| 114 | Нидерланды | 16 149 | 0,6 | 46 | 48 | 17,6 | 18,7 | 1,6 | 1,7 | 79 | 79 - 79 | 6 | 5 - 6 |
| 115 | Никарагуа | 5 466 | 2,7 | 94 | 81 | 4,4 | 4,7 | 4,8 | 3,7 | 70 | 69 - 71 | 38 | 32 - 45 |
| 116 | Ниуэ | 2 | -1,2 | 71 | 64 | 6,3 | 7,3 | 3,5 | 2,9 | 71 | 67 - 74 | 33 | 14 - 73 |
| 117 | Новая Зеландия | 3 875 | 1,0 | 53 | 52 | 15,3 | 16,1 | 2,1 | 2,0 | 79 | 73 - 86 | 6 | 5 - 7 |
| 118 | Норвегия | 4 533 | 0,5 | 55 | 53 | 20,4 | 19,8 | 1,9 | 1,8 | 79 | 79 - 80 | 4 | 4 - 5 |
| 119 | Объединенная Республика Танзания | 36 977 | 2,5 | 96 | 90 | 3,7 | 3,9 | 6,1 | 5,1 | 45 | 42 - 48 | 165 | 149 - 180 |
| 120 | Объединенные Арабские Эмираты | 2 995 | 2,6 | 42 | 36 | 1,8 | 2,5 | 3,7 | 2,8 | 73 | 72 - 74 | 8 | 6 - 10 |
| 121 | Оман | 2 851 | 3,2 | 79 | 65 | 3,0 | 3,6 | 6,4 | 4,9 | 74 | 71 - 76 | 12 | 11 - 15 |
| 122 | Острова Кука | 18 | -0,3 | 71 | 64 | 6,3 | 7,3 | 3,9 | 3,2 | 71 | 70 - 72 | 21 | 20 - 23 |
| 123 | Пакистан | 153 578 | 2,6 | 87 | 82 | 5,6 | 5,7 | 5,8 | 5,0 | 62 | 61 - 63 | 103 | 90 - 115 |
| 124 | Палау | 20 | 2,3 | 70 | 67 | 6,3 | 7,1 | 2,8 | 2,4 | 68 | 66 - 70 | 28 | 22 - 35 |
| 125 | Панама | 3 120 | 2,0 | 64 | 58 | 7,3 | 8,4 | 2,9 | 2,7 | 75 | 75 - 76 | 24 | 21 - 26 |
| 126 | Папуа-Новая Гвинея | 5 711 | 2,5 | 79 | 77 | 4,1 | 4,0 | 5,0 | 4,0 | 60 | 55 - 65 | 93 | 76 - 110 |
| 127 | Парагвай | 5 878 | 2,5 | 84 | 73 | 5,2 | 5,5 | 4,5 | 3,8 | 72 | 70 - 74 | 29 | 23 - 35 |
| 128 | Перу | 27 167 | 1,7 | 70 | 62 | 6,3 | 7,5 | 3,7 | 2,8 | 70 | 70 - 71 | 34 | 31 - 37 |
| 129 | Польша | 38 587 | 0,0 | 53 | 43 | 15,4 | 16,6 | 1,8 | 1,3 | 75 | 75 - 75 | 8 | 7 - 9 |
| 130 | Португалия | 10 061 | 0,2 | 49 | 49 | 19,6 | 21,2 | 1,5 | 1,4 | 77 | 77 - 78 | 6 | 5 - 7 |
| 131 | Республика Корея | 47 700 | 0,8 | 42 | 39 | 8,5 | 12,1 | 1,7 | 1,4 | 76 | 76 - 76 | 5 | 4 - 5 |
| 132 | Республика Молдова | 4 267 | -0,2 | 57 | 43 | 13,0 | 13,8 | 2,0 | 1,4 | 67 | 66 - 68 | 32 | 24 - 40 |
| 133 | Российская Федерация | 143 246 | -0,4 | 50 | 41 | 16,4 | 18,0 | 1,5 | 1,1 | 65 | 64 - 65 | 16 | 16 - 16 |
| 134 | Руанда | 8 387 | 4,2 | 98 | 91 | 3,8 | 4,1 | 6,7 | 5,7 | 45 | 41 - 47 | 203 | 183 - 222 |
| 135 | Румыния | 22 334 | -0,3 | 50 | 44 | 16,7 | 18,9 | 1,5 | 1,3 | 71 | 71 - 72 | 20 | 19 - 21 |
| 136 | Сальвадор | 6 515 | 1,8 | 76 | 67 | 6,7 | 7,6 | 3,5 | 2,9 | 70 | 69 - 71 | 36 | 31 - 42 |
| 137 | Самоа | 178 | 0,9 | 81 | 80 | 6,3 | 6,5 | 4,7 | 4,1 | 68 | 62 - 73 | 24 | 21 - 28 |
| 138 | Сан-Марино | 28 | 1,3 | 46 | 49 | 21,9 | 24,7 | 1,3 | 1,2 | 81 | 80 - 83 | 4 | 4 - 6 |
| 139 | Сан-Томе и Принсипи | 161 | 2,6 | 102 | 83 | 6,6 | 6,2 | 4,9 | 3,9 | 59 | 55 - 63 | 118 | 95 - 141 |
| 140 | Саудовская Аравия | 24 217 | 3,0 | 80 | 71 | 3,3 | 4,4 | 5,7 | 4,5 | 71 | 68 - 73 | 27 | 23 - 33 |
| 141 | Свазиленд | 1 077 | 1,8 | 97 | 88 | 4,6 | 5,2 | 5,6 | 4,5 | 35 | 33 - 37 | 153 | 140 - 166 |
| 142 | Сейшельские Острова | 81 | 1,0 | 52 | 46 | 8,4 | 9,1 | 2,1 | 1,8 | 72 | 71 - 73 | 15 | 12 - 19 |
| 143 | Сенегал | 10 095 | 2,4 | 94 | 84 | 4,1 | 4,1 | 6,0 | 4,9 | 56 | 52 - 59 | 137 | 118 - 156 |
| 144 | Сент-Винсент и Гренадины | 120 | 0,6 | 79 | 59 | 8,7 | 9,2 | 2,8 | 2,2 | 70 | 69 - 71 | 22 | 19 - 26 |
| 145 | Сент-Китс и Невис | 42 | -0,2 | 62 | 55 | 9,2 | 10,6 | 2,6 | 2,3 | 70 | 70 - 71 | 22 | 19 - 26 |
| 146 | Сент-Люсия | 149 | 0,9 | 73 | 56 | 8,4 | 7,8 | 3,1 | 2,3 | 72 | 71 - 72 | 14 | 12 - 17 |
| 147 | Сербия и Черногория | 10 527 | 0,1 | 50 | 49 | 16,4 | 18,4 | 1,9 | 1,6 | 73 | 72 - 73 | 14 | 13 - 15 |

| ЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ГОДЫ) | | | | | ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (НА 1000) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | До достижения возраста 5 лет (показатель смертности детей в возрасте до 5 лет[b]) | | | | В возрасте от 15 до 60 лет (показатель смертности взрослых) | | | |
| | Муж. | | Жен. | | Муж. | | Жен. | | Муж. | | Жен. | |
| | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал |
| 99 | 66 | 65 - 67 | 64 | 64 - 65 | 67 | 58 - 74 | 77 | 68 - 88 | 165 | 144 - 186 | 146 | 126 - 166 |
| 100 | 76 | 76 - 77 | 81 | 81 - 82 | 7 | 6 - 8 | 5 | 4 - 7 | 84 | 79 - 90 | 49 | 45 - 53 |
| 101 | 69 | 68 - 70 | 73 | 72 - 74 | 40 | 31 - 48 | 38 | 30 - 46 | 159 | 148 - 170 | 103 | 90 - 114 |
| 102 | 60 | 58 - 62 | 63 | 62 - 65 | 68 | 51 - 86 | 53 | 40 - 67 | 333 | 306 - 361 | 280 | 260 - 302 |
| 103 | 72 | 71 - 72 | 77 | 77 - 77 | 31 | 27 - 35 | 25 | 22 - 28 | 166 | 157 - 174 | 95 | 90 - 101 |
| 104 | 68 | 67 - 70 | 71 | 70 - 73 | 25 | 18 - 32 | 20 | 14 - 27 | 206 | 181 - 231 | 172 | 150 - 196 |
| 105 | 44 | 39 - 48 | 46 | 41 - 52 | 163 | 144 - 182 | 154 | 134 - 171 | 621 | 510 - 735 | 543 | 427 - 667 |
| 106 | 78 | 78 - 78 | 85 | 84 - 85 | 5 | 4 - 5 | 3 | 3 - 5 | 110 | 109 - 112 | 47 | 44 - 50 |
| 107 | 62 | 61 - 62 | 69 | 68 - 70 | 72 | 57 - 87 | 64 | 51 - 77 | 310 | 285 - 332 | 179 | 157 - 203 |
| 108 | 56 | 49 - 64 | 63 | 54 - 69 | 117 | 82 - 153 | 93 | 65 - 123 | 337 | 179 - 507 | 222 | 113 - 399 |
| 109 | 50 | 46 - 54 | 53 | 49 - 57 | 66 | 57 - 76 | 63 | 54 - 72 | 619 | 534 - 686 | 529 | 444 - 596 |
| 110 | 58 | 52 - 63 | 65 | 60 - 70 | 35 | 28 - 43 | 24 | 19 - 30 | 448 | 311 - 611 | 303 | 192 - 419 |
| 111 | 60 | 59 - 62 | 61 | 59 - 62 | 80 | 68 - 91 | 85 | 73 - 98 | 290 | 266 - 310 | 284 | 264 - 303 |
| 112 | 42 | 32 - 49 | 41 | 31 - 50 | 258 | 208 - 311 | 265 | 213 - 317 | 508 | 363 - 734 | 477 | 251 - 717 |
| 113 | 45 | 39 - 50 | 46 | 39 - 52 | 200 | 177 - 225 | 197 | 174 - 222 | 511 | 386 - 668 | 470 | 337 - 647 |
| 114 | 76 | 76 - 76 | 81 | 81 - 81 | 6 | 6 - 7 | 5 | 4 - 5 | 93 | 92 - 95 | 66 | 64 - 67 |
| 115 | 68 | 67 - 69 | 73 | 72 - 73 | 41 | 35 - 48 | 35 | 30 - 41 | 209 | 196 - 223 | 138 | 121 - 157 |
| 116 | 68 | 64 - 71 | 74 | 71 - 77 | 43 | 16 - 104 | 22 | 11 - 44 | 189 | 123 - 258 | 133 | 90 - 183 |
| 117 | 77 | 77 - 77 | 82 | 81 - 82 | 7 | 6 - 8 | 6 | 5 - 7 | 98 | 95 - 102 | 65 | 61 - 67 |
| 118 | 77 | 76 - 77 | 82 | 82 - 82 | 4 | 4 - 5 | 4 | 4 - 5 | 96 | 91 - 102 | 58 | 56 - 60 |
| 119 | 44 | 42 - 46 | 46 | 43 - 48 | 176 | 161 - 190 | 153 | 140 - 167 | 587 | 543 - 629 | 550 | 502 - 595 |
| 120 | 72 | 71 - 73 | 75 | 75 - 76 | 8 | 7 - 9 | 8 | 7 - 9 | 168 | 149 - 186 | 121 | 110 - 133 |
| 121 | 71 | 68 - 75 | 77 | 74 - 79 | 12 | 11 - 14 | 12 | 10 - 13 | 163 | 98 - 239 | 91 | 60 - 137 |
| 122 | 68 | 67 - 70 | 74 | 74 - 75 | 24 | 22 - 25 | 19 | 18 - 20 | 166 | 147 - 186 | 112 | 102 - 124 |
| 123 | 62 | 60 - 63 | 62 | 60 - 64 | 98 | 83 - 113 | 108 | 92 - 124 | 225 | 199 - 250 | 199 | 174 - 225 |
| 124 | 66 | 66 - 67 | 70 | 68 - 72 | 29 | 22 - 37 | 26 | 18 - 35 | 226 | 209 - 241 | 205 | 174 - 241 |
| 125 | 73 | 72 - 74 | 78 | 77 - 79 | 26 | 23 - 29 | 22 | 20 - 24 | 146 | 134 - 159 | 84 | 75 - 94 |
| 126 | 59 | 57 - 60 | 62 | 60 - 64 | 96 | 77 - 116 | 90 | 72 - 108 | 309 | 284 - 335 | 246 | 224 - 268 |
| 127 | 69 | 68 - 70 | 75 | 74 - 76 | 33 | 28 - 38 | 26 | 22 - 30 | 171 | 156 - 186 | 119 | 106 - 133 |
| 128 | 68 | 67 - 69 | 73 | 72 - 73 | 36 | 31 - 42 | 32 | 27 - 37 | 193 | 169 - 214 | 133 | 117 - 152 |
| 129 | 71 | 70 - 71 | 79 | 79 - 79 | 9 | 8 - 9 | 7 | 6 - 8 | 202 | 196 - 208 | 81 | 78 - 84 |
| 130 | 74 | 73 - 74 | 81 | 81 - 81 | 7 | 6 - 7 | 5 | 5 - 6 | 150 | 143 - 157 | 63 | 60 - 66 |
| 131 | 73 | 72 - 73 | 80 | 79 - 80 | 5 | 5 - 6 | 5 | 4 - 5 | 155 | 146 - 165 | 61 | 59 - 63 |
| 132 | 63 | 63 - 64 | 71 | 70 - 71 | 36 | 27 - 46 | 27 | 20 - 34 | 303 | 283 - 326 | 152 | 139 - 165 |
| 133 | 58 | 58 - 58 | 72 | 72 - 72 | 18 | 18 - 18 | 14 | 14 - 14 | 480 | 474 - 481 | 182 | 177 - 184 |
| 134 | 43 | 37 - 48 | 46 | 39 - 52 | 213 | 193 - 232 | 193 | 175 - 213 | 541 | 425 - 694 | 455 | 320 - 633 |
| 135 | 68 | 67 - 68 | 75 | 74 - 76 | 22 | 21 - 23 | 18 | 17 - 19 | 239 | 220 - 258 | 107 | 97 - 117 |
| 136 | 67 | 65 - 68 | 73 | 72 - 74 | 39 | 33 - 45 | 33 | 28 - 39 | 248 | 218 - 284 | 138 | 126 - 150 |
| 137 | 67 | 66 - 68 | 70 | 69 - 71 | 27 | 23 - 31 | 21 | 17 - 27 | 235 | 219 - 252 | 203 | 188 - 219 |
| 138 | 78 | 76 - 79 | 84 | 83 - 86 | 5 | 4 - 8 | 2 | 2 - 2 | 73 | 61 - 86 | 32 | 26 - 37 |
| 139 | 58 | 51 - 65 | 60 | 51 - 66 | 116 | 89 - 144 | 120 | 91 - 151 | 295 | 137 - 479 | 244 | 124 - 440 |
| 140 | 68 | 64 - 72 | 74 | 70 - 77 | 29 | 22 - 36 | 24 | 18 - 31 | 196 | 120 - 293 | 119 | 75 - 183 |
| 141 | 33 | 30 - 36 | 36 | 33 - 41 | 159 | 140 - 179 | 147 | 129 - 166 | 894 | 829 - 933 | 790 | 704 - 856 |
| 142 | 67 | 67 - 68 | 77 | 76 - 79 | 12 | 9 - 16 | 19 | 14 - 23 | 235 | 209 - 258 | 92 | 74 - 114 |
| 143 | 54 | 48 - 60 | 57 | 50 - 63 | 142 | 124 - 160 | 132 | 115 - 147 | 350 | 211 - 511 | 280 | 155 - 477 |
| 144 | 68 | 67 - 69 | 72 | 71 - 73 | 25 | 21 - 30 | 20 | 14 - 28 | 233 | 202 - 266 | 192 | 167 - 218 |
| 145 | 69 | 68 - 69 | 72 | 71 - 73 | 21 | 18 - 25 | 23 | 20 - 27 | 200 | 185 - 214 | 145 | 119 - 172 |
| 146 | 69 | 68 - 69 | 75 | 74 - 76 | 15 | 11 - 19 | 14 | 12 - 16 | 224 | 215 - 233 | 131 | 118 - 145 |
| 147 | 70 | 70 - 71 | 75 | 75 - 76 | 16 | 14 - 17 | 12 | 11 - 13 | 186 | 176 - 196 | 99 | 94 - 104 |

## Таблица 1 приложения. Основные показатели для всех государств-членов ВОЗ

Цифры рассчитаны ВОЗ для обеспечения сопоставимости[a]; они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | Государства-члены | ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ | | | | | | | | ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ | | ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (НА 1 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Все население (000) | Прирост (убыль) за год (%) | Индекс зависимости (на 100) | | Процент населения в возрасте 60+ лет | | Суммарный показатель фертильности | | при рождении (годы) Муж. и жен. | | в возрасте до 5 лет (смертность в возрасте до 5 ле Муж. и жен. | |
| | | 2003 | 1993–2003 | 1993 | 2003 | 1993 | 2003 | 1993 | 2003 | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал |
| 148 | Сингапур | 4 253 | 2,6 | 38 | 40 | 8,9 | 11,4 | 1,7 | 1,3 | 80 | 79 - 80 | 3 | 3 - 3 |
| 149 | Сирийская Арабская Республика | 17 800 | 2,5 | 95 | 68 | 4,2 | 4,6 | 4,5 | 3,3 | 72 | 71 - 73 | 18 | 16 - 19 |
| 150 | Словакия | 5 402 | 0,1 | 53 | 42 | 15,1 | 15,7 | 1,8 | 1,3 | 74 | 74 - 75 | 8 | 7 - 9 |
| 151 | Словения | 1 984 | 0,1 | 44 | 42 | 17,5 | 20,1 | 1,3 | 1,1 | 77 | 76 - 77 | 5 | 3 - 6 |
| 152 | Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии | 59 251 | 0,3 | 54 | 52 | 21,0 | 20,8 | 1,8 | 1,6 | 79 | 78 - 79 | 6 | 5 - 7 |
| 153 | Соединенные Штаты Америки | 294 043 | 1,1 | 52 | 51 | 16,3 | 16,3 | 2,1 | 2,1 | 77 | 77 - 78 | 8 | 7 - 9 |
| 154 | Соломоновы Острова | 477 | 3,1 | 92 | 83 | 4,4 | 4,4 | 5,5 | 4,4 | 70 | 65 - 76 | 22 | 18 - 26 |
| 155 | Сомали | 9 890 | 3,2 | 101 | 102 | 4,1 | 3,8 | 7,3 | 7,2 | 44 | 40 - 48 | 225 | 181 - 283 |
| 156 | Судан | 33 610 | 2,3 | 81 | 76 | 5,1 | 5,7 | 5,3 | 4,3 | 59 | 56 - 63 | 93 | 81 - 104 |
| 157 | Суринам | 436 | 0,7 | 66 | 57 | 7,2 | 8,0 | 2,5 | 2,4 | 66 | 65 - 68 | 39 | 35 - 44 |
| 158 | Сьерра-Леоне | 4 971 | 2,0 | 87 | 89 | 4,9 | 4,7 | 6,5 | 6,5 | 38 | 33 - 42 | 283 | 240 - 331 |
| 159 | Таджикистан | 6 245 | 1,1 | 89 | 70 | 6,3 | 6,6 | 4,4 | 3,0 | 61 | 60 - 62 | 118 | 100 - 136 |
| 160 | Таиланд | 62 833 | 1,1 | 52 | 46 | 6,9 | 9,0 | 2,1 | 1,9 | 70 | 69 - 71 | 26 | 23 - 29 |
| 161 | Тимор-Лешти | 778 | -0,6 | 77 | 65 | 3,7 | 5,3 | 4,7 | 3,8 | 58 | 54 - 61 | 125 | 104 - 146 |
| 162 | Того | 4 909 | 2,9 | 93 | 88 | 4,8 | 4,9 | 6,2 | 5,3 | 52 | 49 - 55 | 140 | 124 - 155 |
| 163 | Тонга | 104 | 0,4 | 79 | 73 | 7,5 | 8,2 | 4,5 | 3,7 | 71 | 66 - 75 | 19 | 16 - 23 |
| 164 | Тринидад и Тобаго | 1 303 | 0,5 | 62 | 42 | 8,8 | 10,2 | 2,1 | 1,6 | 70 | 69 - 71 | 20 | 17 - 23 |
| 165 | Тувалу | 11 | 1,4 | 71 | 64 | 6,3 | 7,3 | 3,4 | 2,8 | 61 | 56 - 66 | 51 | 39 - 62 |
| 166 | Тунис | 9 832 | 1,3 | 69 | 51 | 7,5 | 8,5 | 3,0 | 2,0 | 72 | 71 - 73 | 24 | 21 - 26 |
| 167 | Туркменистан | 4 867 | 2,0 | 79 | 62 | 6,2 | 6,4 | 3,9 | 2,7 | 60 | 60 - 61 | 102 | 93 - 112 |
| 168 | Турция | 71 325 | 1,6 | 66 | 56 | 7,3 | 8,2 | 3,1 | 2,4 | 70 | 70 - 71 | 39 | 37 - 41 |
| 169 | Уганда | 25 827 | 3,1 | 106 | 111 | 4,1 | 3,9 | 7,1 | 7,1 | 49 | 38 - 58 | 140 | 113 - 167 |
| 170 | Узбекистан | 26 093 | 1,8 | 81 | 63 | 6,5 | 6,9 | 3,5 | 2,4 | 66 | 65 - 67 | 69 | 63 - 76 |
| 171 | Украина | 48 523 | -0,7 | 52 | 45 | 18,4 | 20,8 | 1,6 | 1,2 | 67 | 67 - 68 | 20 | 18 - 22 |
| 172 | Уругвай | 3 415 | 0,7 | 60 | 60 | 16,8 | 17,4 | 2,5 | 2,3 | 75 | 70 - 79 | 15 | 13 - 17 |
| 173 | Фиджи | 839 | 1,2 | 66 | 56 | 5,0 | 6,2 | 3,3 | 2,9 | 68 | 67 - 69 | 20 | 17 - 24 |
| 174 | Филиппины | 79 999 | 2,0 | 76 | 66 | 5,0 | 5,9 | 4,1 | 3,1 | 68 | 67 - 68 | 36 | 29 - 44 |
| 175 | Финляндия | 5 207 | 0,3 | 50 | 49 | 18,8 | 20,6 | 1,8 | 1,7 | 79 | 77 - 80 | 4 | 3 - 5 |
| 176 | Франция | 60 144 | 0,4 | 53 | 53 | 19,7 | 20,5 | 1,7 | 1,9 | 80 | 79 - 81 | 5 | 4 - 6 |
| 177 | Хорватия | 4 428 | -0,4 | 46 | 50 | 18,8 | 21,7 | 1,5 | 1,7 | 75 | 74 - 75 | 7 | 6 - 8 |
| 178 | Центральноафриканская Республика | 3 865 | 2,0 | 88 | 89 | 6,1 | 6,1 | 5,6 | 4,9 | 42 | 37 - 47 | 180 | 156 - 204 |
| 179 | Чад | 8 598 | 3,1 | 96 | 100 | 5,2 | 4,8 | 6,7 | 6,6 | 46 | 41 - 50 | 200 | 175 - 227 |
| 180 | Чешская Республика | 10 236 | -0,1 | 49 | 41 | 17,9 | 19,2 | 1,6 | 1,2 | 75 | 75 - 76 | 5 | 4 - 5 |
| 181 | Чили | 15 806 | 1,4 | 56 | 54 | 9,3 | 10,9 | 2,5 | 2,3 | 77 | 74 - 80 | 9 | 7 - 12 |
| 182 | Швейцария | 7 169 | 0,2 | 46 | 48 | 19,6 | 22,6 | 1,5 | 1,4 | 81 | 81 - 81 | 5 | 4 - 6 |
| 183 | Швеция | 8 876 | 0,2 | 57 | 54 | 22,2 | 23,2 | 2,0 | 1,6 | 81 | 80 - 81 | 4 | 3 - 4 |
| 184 | Шри-Ланка | 19 065 | 0,9 | 57 | 46 | 8,9 | 10,3 | 2,4 | 2,0 | 71 | 70 - 72 | 15 | 13 - 17 |
| 185 | Эквадор | 13 003 | 1,7 | 72 | 61 | 6,3 | 7,5 | 3,5 | 2,7 | 71 | 70 - 72 | 27 | 24 - 30 |
| 186 | Экваториальная Гвинея | 494 | 2,6 | 88 | 91 | 6,3 | 5,9 | 5,9 | 5,9 | 51 | 48 - 54 | 146 | 121 - 169 |
| 187 | Эритрея | 4 141 | 2,8 | 93 | 90 | 3,6 | 3,6 | 6,1 | 5,4 | 59 | 56 - 63 | 85 | 70 - 100 |
| 188 | Эстония | 1 323 | -1,3 | 52 | 47 | 18,3 | 21,6 | 1,6 | 1,2 | 71 | 70 - 72 | 8 | 7 - 9 |
| 189 | Эфиопия | 70 678 | 2,7 | 94 | 94 | 4,4 | 4,6 | 6,8 | 6,1 | 50 | 46 - 54 | 169 | 133 - 202 |
| 190 | Южная Африка | 45 026 | 1,4 | 69 | 58 | 5,3 | 6,3 | 3,4 | 2,6 | 49 | 47 - 51 | 66 | 58 - 74 |
| 191 | Ямайка | 2 651 | 0,9 | 72 | 60 | 9,9 | 9,6 | 2,7 | 2,3 | 73 | 71 - 74 | 20 | 17 - 23 |
| 192 | Япония | 127 654 | 0,2 | 43 | 49 | 19,3 | 25,0 | 1,5 | 1,3 | 82 | 82 - 82 | 4 | 4 - 4 |

[a] Источники информации и методы — см. в разделе «Пояснительные комментарии».

[b] Показатель смертности детей в возрасте до пяти лет — это вероятность (выраженная на 1000 детей, родившихся живыми) смерти ребенка, родившегося в определенно году, умереть до достижения пятилетнего возраста, если сохранятся современные показатели смертности в различных возрастных группах.

| | ЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ГОДЫ) | | | | ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (НА 1000) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | До достижения возраста 5 лет (показатель смертности детей в возрасте до 5 лет[b]) | | | | В возрасте от 15 до 60 лет (показатель смертности взрослых) | | | |
| | Муж. | | Жен. | | Муж. | | Жен. | | Муж. | | Жен. | |
| | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал | 2003 | Доверительный интервал |
| 148 | 78 | 77 - 78 | 82 | 82 - 82 | 3 | 3 - 3 | 3 | 3 - 3 | 87 | 81 - 93 | 51 | 48 - 53 |
| 149 | 69 | 69 - 70 | 74 | 74 - 75 | 20 | 18 - 22 | 15 | 14 - 17 | 188 | 175 - 202 | 126 | 117 - 136 |
| 150 | 70 | 70 - 71 | 78 | 78 - 79 | 9 | 7 - 10 | 8 | 6 - 10 | 204 | 195 - 214 | 77 | 72 - 82 |
| 151 | 73 | 72 - 73 | 81 | 80 - 81 | 5 | 4 - 7 | 4 | 3 - 6 | 165 | 159 - 171 | 69 | 65 - 73 |
| 152 | 76 | 76 - 77 | 81 | 81 - 81 | 7 | 6 - 7 | 5 | 5 - 6 | 103 | 100 - 106 | 64 | 62 - 65 |
| 153 | 75 | 74 - 75 | 80 | 80 - 80 | 9 | 8 - 9 | 7 | 7 - 7 | 139 | 133 - 147 | 82 | 81 - 84 |
| 154 | 69 | 66 - 73 | 73 | 69 - 77 | 24 | 20 - 28 | 21 | 16 - 26 | 196 | 123 - 265 | 145 | 81 - 212 |
| 155 | 43 | 36 - 50 | 45 | 37 - 52 | 222 | 202 - 244 | 228 | 205 - 250 | 518 | 363 - 672 | 431 | 254 - 635 |
| 156 | 57 | 51 - 64 | 62 | 55 - 68 | 95 | 86 - 104 | 90 | 82 - 99 | 348 | 200 - 508 | 248 | 142 - 406 |
| 157 | 63 | 61 - 65 | 69 | 68 - 71 | 43 | 38 - 48 | 36 | 31 - 40 | 306 | 264 - 347 | 180 | 153 - 208 |
| 158 | 37 | 28 - 44 | 39 | 29 - 48 | 297 | 250 - 341 | 270 | 229 - 310 | 597 | 443 - 809 | 517 | 303 - 762 |
| 159 | 59 | 58 - 61 | 63 | 60 - 65 | 121 | 86 - 156 | 115 | 83 - 147 | 225 | 182 - 268 | 169 | 149 - 211 |
| 160 | 67 | 66 - 68 | 73 | 72 - 74 | 29 | 24 - 33 | 24 | 20 - 27 | 267 | 245 - 288 | 153 | 134 - 176 |
| 161 | 55 | 48 - 62 | 61 | 53 - 68 | 141 | 114 - 168 | 107 | 84 - 129 | 324 | 170 - 513 | 228 | 111 - 407 |
| 162 | 50 | 44 - 55 | 54 | 47 - 59 | 151 | 131 - 171 | 128 | 112 - 144 | 448 | 319 - 612 | 377 | 262 - 545 |
| 163 | 71 | 70 - 71 | 71 | 70 - 72 | 24 | 20 - 27 | 15 | 12 - 18 | 155 | 150 - 159 | 188 | 181 - 195 |
| 164 | 67 | 66 - 68 | 73 | 73 - 74 | 24 | 21 - 28 | 16 | 13 - 18 | 249 | 223 - 277 | 155 | 139 - 171 |
| 165 | 61 | 59 - 62 | 62 | 60 - 64 | 57 | 42 - 70 | 44 | 33 - 55 | 313 | 261 - 373 | 274 | 223 - 338 |
| 166 | 70 | 69 - 71 | 74 | 74 - 75 | 27 | 24 - 29 | 21 | 18 - 23 | 167 | 155 - 180 | 113 | 101 - 126 |
| 167 | 56 | 55 - 56 | 65 | 64 - 66 | 116 | 105 - 128 | 87 | 78 - 96 | 352 | 331 - 373 | 171 | 150 - 196 |
| 168 | 68 | 68 - 69 | 73 | 72 - 74 | 40 | 36 - 44 | 38 | 34 - 42 | 176 | 164 - 188 | 111 | 98 - 124 |
| 169 | 47 | 43 - 53 | 50 | 44 - 55 | 146 | 133 - 160 | 133 | 121 - 146 | 533 | 412 - 662 | 459 | 347 - 598 |
| 170 | 63 | 62 - 64 | 69 | 68 - 70 | 81 | 73 - 88 | 57 | 51 - 63 | 226 | 207 - 245 | 142 | 123 - 161 |
| 171 | 62 | 61 - 62 | 73 | 72 - 74 | 23 | 21 - 25 | 18 | 16 - 19 | 384 | 364 - 403 | 142 | 126 - 160 |
| 172 | 71 | 71 - 72 | 80 | 79 - 80 | 17 | 14 - 20 | 12 | 11 - 13 | 180 | 171 - 190 | 87 | 83 - 91 |
| 173 | 66 | 65 - 67 | 71 | 70 - 72 | 21 | 19 - 24 | 19 | 17 - 21 | 275 | 249 - 301 | 173 | 153 - 193 |
| 174 | 65 | 64 - 65 | 71 | 70 - 72 | 39 | 33 - 45 | 33 | 27 - 38 | 271 | 259 - 282 | 149 | 132 - 170 |
| 175 | 75 | 75 - 75 | 82 | 82 - 82 | 5 | 4 - 5 | 4 | 3 - 4 | 134 | 131 - 138 | 57 | 55 - 60 |
| 176 | 76 | 76 - 77 | 84 | 83 - 84 | 5 | 5 - 6 | 4 | 4 - 5 | 132 | 128 - 137 | 59 | 57 - 62 |
| 177 | 71 | 71 - 72 | 78 | 78 - 79 | 8 | 7 - 10 | 6 | 5 - 7 | 173 | 164 - 181 | 70 | 66 - 74 |
| 178 | 42 | 36 - 47 | 43 | 37 - 49 | 187 | 155 - 219 | 172 | 144 - 199 | 641 | 519 - 759 | 590 | 457 - 718 |
| 179 | 44 | 38 - 50 | 47 | 39 - 54 | 212 | 176 - 250 | 188 | 159 - 219 | 513 | 386 - 680 | 444 | 305 - 647 |
| 180 | 72 | 72 - 72 | 79 | 79 - 79 | 5 | 5 - 6 | 4 | 4 - 5 | 166 | 164 - 169 | 74 | 72 - 76 |
| 181 | 74 | 73 - 74 | 80 | 80 - 81 | 10 | 9 - 11 | 9 | 8 - 9 | 133 | 125 - 144 | 66 | 62 - 70 |
| 182 | 78 | 78 - 78 | 83 | 83 - 83 | 5 | 4 - 6 | 5 | 4 - 6 | 90 | 88 - 93 | 50 | 48 - 52 |
| 183 | 78 | 78 - 78 | 83 | 83 - 83 | 5 | 4 - 5 | 3 | 3 - 4 | 79 | 77 - 81 | 50 | 48 - 52 |
| 184 | 68 | 66 - 70 | 75 | 74 - 76 | 17 | 14 - 19 | 13 | 11 - 15 | 235 | 190 - 284 | 120 | 106 - 136 |
| 185 | 68 | 68 - 69 | 74 | 73 - 75 | 29 | 24 - 33 | 25 | 21 - 29 | 212 | 199 - 225 | 127 | 116 - 138 |
| 186 | 50 | 44 - 55 | 52 | 46 - 58 | 152 | 129 - 173 | 139 | 121 - 157 | 464 | 331 - 625 | 404 | 272 - 554 |
| 187 | 58 | 52 - 64 | 61 | 54 - 66 | 91 | 82 - 99 | 78 | 71 - 87 | 359 | 219 - 507 | 301 | 190 - 445 |
| 188 | 65 | 65 - 66 | 77 | 76 - 78 | 10 | 8 - 11 | 6 | 4 - 9 | 319 | 294 - 344 | 114 | 100 - 129 |
| 189 | 49 | 42 - 55 | 51 | 44 - 57 | 177 | 142 - 210 | 160 | 133 - 186 | 450 | 305 - 606 | 386 | 252 - 562 |
| 190 | 48 | 46 - 51 | 50 | 47 - 54 | 70 | 61 - 79 | 61 | 53 - 70 | 642 | 585 - 691 | 579 | 517 - 633 |
| 191 | 71 | 70 - 72 | 74 | 73 - 75 | 21 | 17 - 25 | 19 | 15 - 22 | 165 | 144 - 187 | 123 | 109 - 137 |
| 192 | 78 | 78 - 79 | 85 | 85 - 85 | 4 | 4 - 4 | 4 | 4 - 4 | 96 | 95 - 96 | 45 | 45 - 45 |

**Таблица 2а приложения. Показатели смертности детей в возрасте до 5 лет: оценочные данные за 2003 г.[a], среднее ежегодное изменение (в процентах) за 1990–2003 гг., наличие и источники данных за 1980–2003 гг.**

Для обеспечения сопоставимости приведены оценочные данные ВОЗ; они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | Государства-члены | Показатель смертности детей до 5 лет (оба пола)[a] | | | | | Данные из имеющихся источников | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | на 1000 живорождений | | Средний процент изменений за год | | | 1980–1989 | | 1990–1999 | | 2000–2003 | | Последний год, за который имеются данные | |
| | | 2003 | Доверительный интервал | 1990–1994 | 1995–1999 | 2000–2003 | РРС/СВР[b] | Обследования/Переписи[c] | РРС/СВР[b] | Обследования/Переписи[c] | РРС/СВР[b] | Обследования/Переписи[c] | РРС/СВР[b] | Обследования/Переписи[c] |
| 1 | Австралия | 6 | 5 - 6 | -6,1 | -2,2 | -3,6 | 10 | 0 | 10 | 0 | 2 | 0 | 2001 | ... |
| 2 | Австрия | 6 | 4 - 7 | -7,1 | -2,9 | -1,1 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 3 | Азербайджан | 91 | 77 - 104 | -1,4 | -1,0 | -0,9 | 10 | 0 | 10 | 0 | 3 | 2 | 2002 | 2001 |
| 4 | Албания | 21 | 19 - 23 | -5,5 | -5,9 | -6,0 | 7 | 0 | 10 | 0 | 4 | 1 | 2003 | 2000 |
| 5 | Алжир | 41 | 31 - 49 | -4,4 | -3,9 | -3,2 | 6 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2000 | 2000 |
| 6 | Ангола | 260 | 225 - 293 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 7 | Андорра | 5 | 5 - 6 | ... | ... | ... | 0 | 0 | 6 | 0 | 1 | 0 | 2000 | ... |
| 8 | Антигуа и Барбуда | 12 | 9 - 16 | ... | -6,5 | -6,5 | 6 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 1999 | ... |
| 9 | Аргентина | 17 | 16 - 19 | -3,9 | -4,5 | -3,5 | 10 | 1 | 10 | 1 | 3 | 0 | 2002 | 1991 |
| 10 | Армения | 33 | 29 - 38 | -4,0 | -5,5 | -3,3 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 1 | 2003 | 2000 |
| 11 | Афганистан | 257 | 206 - 308 | -0,2 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 12 | Багамские Острова | 14 | 11 - 18 | -4,5 | -5,9 | -5,9 | 10 | 0 | 10 | 0 | 1 | 0 | 2000 | ... |
| 13 | Бангладеш | 69 | 65 - 75 | -4,2 | -6,7 | -5,7 | 6 | 4 | 0 | 13 | 0 | 2 | 1987 | 2001 |
| 14 | Барбадос | 13 | 8 - 18 | 0,0 | -2,6 | -2,6 | 10 | 0 | 10 | 0 | 2 | 0 | 2001 | ... |
| 15 | Бахрейн | 9 | 8 - 10 | -1,7 | -1,7 | -17,3 | 9 | 1 | 10 | 1 | 3 | 0 | 2002 | 1995 |
| 16 | Беларусь | 10 | 9 - 11 | 1,7 | -5,1 | -7,0 | 9 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 17 | Белиз | 39 | 31 - 48 | -2,2 | -1,4 | -1,4 | 10 | 0 | 10 | 1 | 1 | 0 | 2000 | 1991 |
| 18 | Бельгия | 5 | 5 - 6 | -5,3 | -4,0 | -5,6 | 10 | 0 | 10 | 0 | 2 | 0 | 2001 | ... |
| 19 | Бенин | 154 | 139 - 169 | -1,7 | -1,2 | -1,2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 20 | Болгария | 15 | 14 - 16 | -0,3 | -1,5 | -2,8 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 21 | Боливия | 66 | 60 - 73 | -5,2 | -4,0 | -4,0 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 22 | Босния и Герцеговина | 17 | 15 - 20 | -2,9 | -1,1 | -1,1 | 5 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1999 | ... |
| 23 | Ботсвана | 112 | 96 - 128 | 2,6 | 8,9 | 3,5 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 24 | Бразилия | 35 | 31 - 40 | -4,4 | -4,1 | -3,2 | 10 | 4 | 10 | 1 | 1 | 0 | 2000 | 1996 |
| 25 | Бруней-Даруссалам | 6 | 5 - 6 | -4,0 | -5,7 | -5,8 | 8 | 0 | 10 | 0 | 1 | 0 | 2000 | ... |
| 26 | Буркина-Фасо | 207 | 187 - 227 | -0,3 | 0,0 | 0,0 | 0 | 1 | 0 | 5 | 0 | 0 | ... | 1999 |
| 27 | Бурунди | 190 | 159 - 222 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 28 | Бутан | 85 | 68 - 101 | -4,3 | -5,5 | -5,3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 29 | Бывшая Югославская Республика Македония | 12 | 11 - 13 | -6,0 | -11,1 | -3,6 | 8 | 0 | 10 | 0 | 3 | 0 | 2002 | ... |
| 30 | Вануату | 38 | 29 - 46 | -4,4 | -4,7 | -4,7 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | ... | 1989 |
| 31 | Венгрия | 9 | 7 - 10 | -6,3 | -2,2 | -8,0 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 32 | Венесуэла (Боливарианская Республика) | 21 | 19 - 23 | -0,8 | -2,4 | -2,4 | 10 | 1 | 10 | 1 | 1 | 0 | 2000 | 1990 |
| 33 | Вьетнам | 23 | 20 - 26 | -3,7 | -7,4 | -8,0 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 1 | ... | 2002 |
| 34 | Габон | 91 | 82 - 100 | -0,2 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 35 | Гаити | 119 | 102 - 135 | -1,8 | -1,8 | -1,8 | 3 | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1999 | 2000 |
| 36 | Гайана | 69 | 42 - 96 | -1,4 | -2,5 | -2,5 | 3 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1996 | ... |
| 37 | Гамбия | 123 | 105 - 141 | -2,3 | -1,3 | -1,3 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 38 | Гана | 95 | 85 - 104 | -2,5 | -1,9 | -1,6 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 1999 | 1998 |
| 39 | Гватемала | 47 | 40 - 54 | -4,8 | -3,7 | -3,9 | 9 | 4 | 10 | 2 | 0 | 0 | 1999 | 1999 |
| 40 | Гвинея | 160 | 145 - 175 | -2,8 | -3,4 | -2,9 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | ... | 1999 |
| 41 | Гвинея-Биссау | 204 | 183 - 224 | -1,5 | -1,8 | -1,8 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 42 | Германия | 5 | 4 - 5 | -6,1 | -3,9 | -4,4 | 10 | 0 | 10 | 0 | 2 | 0 | 2001 | ... |
| 43 | Гондурас | 41 | 36 - 46 | -3,6 | -2,6 | -1,4 | 4 | 4 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1983 | 2001 |
| 44 | Гренада | 23 | 17 - 28 | -2,3 | -4,7 | -4,7 | 3 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1996 | ... |
| 45 | Греция | 6 | 5 - 6 | -3,4 | -5,3 | -6,0 | 10 | 0 | 10 | 0 | 2 | 0 | 2001 | ... |
| 46 | Грузия | 45 | 40 - 49 | -0,9 | 0,0 | 0,0 | 9 | 0 | 9 | 1 | 2 | 0 | 2001 | 1999 |
| 47 | Дания | 5 | 5 - 6 | -7,2 | -1,5 | -1,7 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 48 | Демократическая Республика Конго | 205 | 180 - 229 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | ... | 2001 |
| 49 | Джибути | 138 | 93 - 183 | -1,8 | -1,8 | -1,8 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | ... | 1991 |
| 50 | Доминика | 12 | 11 - 14 | -2,6 | -2,5 | -2,3 | 10 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 1999 | ... |
| 51 | Доминиканская Республика | 35 | 29 - 40 | -4,0 | -5,5 | -4,7 | 10 | 4 | 9 | 3 | 0 | 1 | 1999 | 2002 |

| | Государства-члены | Показатель смертности детей до 5 лет (оба пола)[a] | | | | | | Данные из имеющихся источников | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | на 1000 живорождений | | | Средний процент изменений за год | | | 1980–1989 | | 1990–1999 | | 2000–2003 | | Последний год, за который имеются данные | |
| | | 2003 | Доверительный интервал | | 1990–1994 | 1995–1999 | 2000–2003 | РРС/СВР[b] | Обследования/Переписи[c] | РРС/СВР[b] | Обследования/Переписи[c] | РРС/СВР[b] | Обследования/Переписи[c] | РРС/СВР[b] | Обследования/Переписи[c] |
| 52 | Египет | 39 | 36 - | 43 | -7,3 | -7,1 | -7,0 | 9 | 4 | 10 | 4 | 1 | 1 | 2000 | 2000 |
| 53 | Замбия | 182 | 154 - | 210 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2000 | 2002 |
| 54 | Зимбабве | 126 | 111 - | 141 | 2,4 | 5,4 | 2,5 | 0 | 4 | 5 | 4 | 0 | 0 | 1995 | 1999 |
| 55 | Израиль | 6 | 6 - | 7 | -6,7 | -4,3 | -2,6 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 56 | Индия | 87 | 76 - | 99 | -3,3 | -2,0 | -2,4 | 0 | 2 | 10 | 2 | 1 | 0 | 2000 | 1998 |
| 57 | Индонезия | 41 | 32 - | 54 | -6,2 | -6,2 | -5,3 | 0 | 2 | 0 | 7 | 0 | 3 | ... | 2002 |
| 58 | Иордания | 28 | 22 - | 34 | -2,6 | -3,0 | -2,7 | 1 | 2 | 1 | 6 | 1 | 1 | 2001 | 2002 |
| 59 | Ирак | 125 | 96 - | 157 | 19,5 | 0,5 | 0,0 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 0 | ... | 1999 |
| 60 | Иран (Исламская Республика) | 39 | 31 - | 47 | -5,3 | -4,4 | -3,8 | 2 | 1 | 1 | 9 | 2 | 1 | 2001 | 2000 |
| 61 | Ирландия | 6 | 5 - | 7 | -5,3 | -1,4 | -5,9 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 62 | Исландия | 3 | 3 - | 4 | -3,1 | -10,2 | -1,7 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 63 | Испания | 5 | 4 - | 5 | -6,4 | -3,5 | -6,0 | 10 | 0 | 10 | 0 | 2 | 0 | 2001 | ... |
| 64 | Италия | 5 | 4 - | 6 | -4,7 | -6,4 | -3,3 | 10 | 0 | 10 | 0 | 2 | 0 | 2001 | ... |
| 65 | Йемен | 113 | 88 - | 137 | -2,4 | -1,5 | -1,2 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | ... | 1997 |
| 66 | Кабо-Верде | 35 | 30 - | 40 | -3,5 | -4,4 | -4,4 | 4 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1998 | 1998 |
| 67 | Казахстан | 73 | 56 - | 90 | 1,3 | 1,7 | 0,0 | 9 | 0 | 10 | 2 | 4 | 0 | 2003 | 1999 |
| 68 | Камбоджа | 140 | 124 - | 158 | 0,9 | 2,4 | 1,2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 69 | Камерун | 166 | 148 - | 184 | 2,3 | 1,3 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 70 | Канада | 5 | 5 - | 6 | -3,1 | -3,5 | -2,1 | 10 | 0 | 10 | 0 | 2 | 0 | 2001 | ... |
| 71 | Катар | 13 | 10 - | 16 | -8,9 | 0,0 | -6,0 | 8 | 0 | 9 | 1 | 3 | 0 | 2002 | 1991 |
| 72 | Кения | 123 | 108 - | 138 | 2,7 | 1,6 | 0,8 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 1 | ... | 2003 |
| 73 | Кипр | 6 | 5 - | 6 | -6,0 | -6,6 | -3,7 | 10 | 0 | 10 | 0 | 3 | 0 | 2002 | ... |
| 74 | Кирибати | 66 | 58 - | 74 | -2,7 | -1,9 | -1,9 | 0 | 0 | 9 | 0 | 2 | 0 | 2001 | ... |
| 75 | Китай | 37 | 31 - | 44 | -1,3 | -2,8 | -2,5 | 2 | 5 | 10 | 22 | 1 | 1 | 2000 | 2000 |
| 76 | Колумбия | 21 | 19 - | 24 | -4,2 | -3,7 | -3,7 | 8 | 3 | 10 | 2 | 3 | 1 | 2002 | 2000 |
| 77 | Коморские Острова | 73 | 59 - | 85 | -3,6 | -3,9 | -3,9 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 78 | Конго | 108 | 89 - | 128 | -0,4 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | ... | ... |
| 79 | Корейская Народно-Демократическая Республика | 55 | 39 - | 72 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | ... | 1993 |
| 80 | Коста-Рика | 10 | 9 - | 11 | -1,2 | -5,6 | -5,6 | 10 | 3 | 10 | 0 | 3 | 0 | 2002 | 1986 |
| 81 | Кот-д'Ивуар | 193 | 161 - | 223 | 2,2 | 1,5 | 0,7 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | ... | 1998 |
| 82 | Куба | 7 | 6 - | 9 | -3,0 | -4,9 | -6,8 | 10 | 2 | 10 | 0 | 3 | 0 | 2002 | 1987 |
| 83 | Кувейт | 12 | 11 - | 13 | ... | -4,0 | 2,1 | 10 | 2 | 9 | 0 | 4 | 0 | 2003 | 1987 |
| 84 | Кыргызстан | 68 | 53 - | 84 | -1,6 | -1,1 | -0,9 | 9 | 0 | 10 | 1 | 4 | 0 | 2003 | 1997 |
| 85 | Лаосская Народно-Демократическая Республика | 91 | 81 - | 99 | -3,8 | -4,8 | -4,8 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | ... | 1995 |
| 86 | Латвия | 13 | 10 - | 15 | 3,7 | -9,2 | -1,1 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 87 | Лесото | 84 | 74 - | 95 | -3,0 | -2,4 | -2,4 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | ... | 2001 |
| 88 | Либерия | 235 | 177 - | 310 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | ... | 1986 |
| 89 | Ливан | 31 | 27 - | 35 | -1,7 | -1,2 | -1,2 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 1 | 1999 | 2000 |
| 90 | Ливийская Арабская Джамахирия | 16 | 14 - | 18 | -7,1 | -7,2 | -7,2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1981 | 1995 |
| 91 | Литва | 9 | 7 - | 10 | 2,8 | -6,4 | -8,0 | 9 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 92 | Люксембург | 4 | 4 - | 6 | -11,1 | -0,3 | -5,4 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 93 | Маврикий | 17 | 11 - | 23 | -1,7 | -3,4 | -2,9 | 10 | 0 | 10 | 0 | 3 | 0 | 2002 | ... |
| 94 | Мавритания | 184 | 161 - | 207 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | ... | 2001 |
| 95 | Мадагаскар | 126 | 109 - | 143 | -1,5 | -2,6 | -2,7 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 96 | Малави | 178 | 157 - | 201 | -2,2 | -2,7 | -1,7 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 97 | Малайзия | 7 | 6 - | 8 | -9,7 | -6,5 | -6,5 | 8 | 0 | 10 | 0 | 1 | 0 | 2000 | ... |
| 98 | Мали | 2[illegible] | 180 - | 260 | -1,4 | -0,8 | -0,5 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 | ... | 2001 |
| 99 | Мальдивские Острова | [illegible] | 63 - | 81 | -3,8 | -3,4 | -3,4 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 100 | Мальта | 6 | 5 - | 7 | -0,4 | -8,2 | -4,7 | 10 | 0 | 10 | 0 | 3 | 0 | 2002 | ... |
| 101 | Марокко | 39 | 32 - | 45 | -6,4 | -5,5 | -5,5 | 0 | 4 | 8 | 3 | 0 | 0 | 1998 | 1997 |

**Таблица 2а приложения. Показатели смертности детей в возрасте до 5 лет: оценочные данные за 2003 г., среднее ежегодное изменение (в процентах) за 1990–2003 гг., наличие и источники данных за 1980–2003 гг.**

Для обеспечения сопоставимости приведены оценочные данные ВОЗ; они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | Государства-члены | Показатель смертности детей до 5 лет (оба пола)[a] | | | | | Данные из имеющихся источников | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | на 1000 живорождений | | Средний процент изменений за год | | | 1980–1989 | | 1990–1999 | | 2000–2003 | | Последний год, за который имеются данные | |
| | | 2003 | Доверительный интервал | 1990–1994 | 1995–1999 | 2000–2003 | РРС/СВР[b] | Обследования/Переписи[c] | РРС/СВР[b] | Обследования/Переписи[c] | РРС/СВР[b] | Обследования/Переписи[c] | РРС/СВР[b] | Обследования/Переписи[c] |
| 102 | Маршалловы Острова | 61 | 50 - 72 | -2,5 | -3,4 | -3,4 | 4 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 1997 | ... |
| 103 | Мексика | 28 | 24 - 32 | -4,6 | -3,7 | -2,0 | 10 | 2 | 10 | 2 | 3 | 0 | 2002 | 1992 |
| 104 | Микронезия (Федеративные Штаты) | 23 | 18 - 28 | -3,6 | -1,5 | -1,6 | 4 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1994 | ... |
| 105 | Мозамбик | 158 | 142 - 175 | -2,0 | -3,4 | -3,9 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | ... | 1999 |
| 106 | Монако | 4 | 4 - 5 | ... | -2,3 | -5,3 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1987 | ... |
| 107 | Монголия | 68 | 54 - 81 | -3,0 | -3,4 | -3,4 | 3 | 0 | 10 | 2 | 4 | 0 | 2003 | 1998 |
| 108 | Мьянма | 106 | 80 - 133 | -2,1 | -1,2 | -0,9 | 3 | 1 | 10 | 2 | 2 | 0 | 2001 | 1999 |
| 109 | Намибия | 65 | 54 - 75 | -2,2 | -2,2 | -2,1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | ... | 2001 |
| 110 | Науру | 30 | 26 - 35 | ... | 0,0 | 0,0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1995 | 1992 |
| 111 | Непал | 82 | 69 - 96 | -3,7 | -4,6 | -4,6 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 1 | ... | 2001 |
| 112 | Нигер | 262 | 219 - 303 | -1,6 | -1,8 | -1,0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 113 | Нигерия | 198 | 173 - 227 | 0,3 | -2,9 | -1,1 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 1 | ... | 2003 |
| 114 | Нидерланды | 6 | 5 - 6 | -5,5 | -1,2 | -3,1 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 115 | Никарагуа | 38 | 32 - 45 | -5,2 | -3,7 | -3,7 | 3 | 1 | 9 | 2 | 3 | 1 | 2002 | 2001 |
| 116 | Ниуэ | 33 | 14 - 73 | ... | ... | ... | 10 | 0 | 10 | 0 | 1 | 0 | 2000 | ... |
| 117 | Новая Зеландия | 6 | 5 - 7 | -4,8 | -1,8 | -6,6 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 118 | Норвегия | 4 | 4 - 5 | -10,0 | -1,1 | -4,5 | 10 | 0 | 10 | 0 | 3 | 0 | 2002 | ... |
| 119 | Объединенная Республика Танзания | 165 | 149 - 180 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0 | 1 | 0 | 7 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 120 | Объединенные Арабские Эмираты | 8 | 6 - 10 | -4,7 | -3,9 | -3,9 | 0 | 2 | 8 | 1 | 3 | 0 | 2002 | 1995 |
| 121 | Оман | 12 | 11 - 15 | -9,7 | -4,9 | -4,9 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | ... | 1995 |
| 122 | Острова Кука | 21 | 20 - 23 | -2,0 | -3,7 | -3,7 | 10 | 0 | 10 | 0 | 2 | 0 | 2001 | ... |
| 123 | Пакистан | 103 | 90 - 115 | -1,9 | -1,8 | -1,7 | 0 | 11 | 0 | 9 | 0 | 2 | ... | 2001 |
| 124 | Палау | 28 | 22 - 35 | -1,8 | -1,3 | -1,3 | 5 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 1999 | ... |
| 125 | Панама | 24 | 21 - 26 | -2,5 | -2,8 | -2,8 | 10 | 1 | 10 | 1 | 3 | 0 | 2002 | 1990 |
| 126 | Папуа-Новая Гвинея | 93 | 76 - 110 | -0,6 | -0,6 | -0,6 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1980 | 1996 |
| 127 | Парагвай | 29 | 23 - 35 | -1,7 | -1,8 | -1,8 | 10 | 1 | 9 | 2 | 2 | 0 | 2002 | 1992 |
| 128 | Перу | 34 | 31 - 37 | -5,6 | -6,9 | -6,9 | 10 | 3 | 9 | 3 | 1 | 1 | 2000 | 2000 |
| 129 | Польша | 8 | 7 - 9 | -4,0 | -8,8 | -5,1 | 10 | 0 | 10 | 0 | 3 | 0 | 2002 | ... |
| 130 | Португалия | 6 | 5 - 7 | -7,9 | -5,1 | -6,5 | 10 | 0 | 10 | 0 | 3 | 0 | 2002 | ... |
| 131 | Республика Корея | 5 | 4 - 5 | -6,6 | -3,4 | -3,3 | 9 | 2 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | 1985 |
| 132 | Республика Молдова | 32 | 24 - 40 | -0,6 | -1,7 | -1,0 | 9 | 0 | 10 | 0 | 4 | 1 | 2003 | 2000 |
| 133 | Российская Федерация | 16 | 16 - 16 | 1,2 | -2,4 | -6,4 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 134 | Руанда | 203 | 183 - 222 | 3,9 | -0,6 | 0,0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 135 | Румыния | 20 | 19 - 21 | -3,3 | -2,9 | -4,0 | 10 | 0 | 10 | 0 | 3 | 0 | 2002 | ... |
| 136 | Сальвадор | 36 | 31 - 42 | -4,8 | -3,2 | -3,2 | 10 | 2 | 9 | 6 | 0 | 1 | 1999 | 2002 |
| 137 | Самоа | 24 | 21 - 28 | -7,1 | -2,1 | -2,2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2002 | 2000 |
| 138 | Сан-Марино | 3 | 3 - 5 | -10,2 | -11,6 | -4,3 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 139 | Сан-Томе и Принсипи | 118 | 95 - 141 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1987 | 2000 |
| 140 | Саудовская Аравия | 27 | 23 - 33 | -5,0 | -3,1 | -3,1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | ... | 1996 |
| 141 | Свазиленд | 153 | 140 - 166 | 0,0 | 5,2 | 2,5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 142 | Сейшельские Острова | 15 | 12 - 19 | -1,0 | -3,2 | -3,2 | 10 | 0 | 10 | 0 | 1 | 0 | 2000 | ... |
| 143 | Сенегал | 137 | 118 - 156 | -0,7 | -0,6 | -0,6 | 0 | 1 | 0 | 6 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 144 | Сент-Винсент и Гренадины | 22 | 19 - 26 | -2,7 | 0,7 | -0,5 | 10 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 1999 | ... |
| 145 | Сент-Китс и Невис | 22 | 19 - 26 | -3,6 | -3,6 | -3,6 | 10 | 0 | 10 | 0 | 1 | 0 | 2000 | ... |
| 146 | Сент-Люсия | 14 | 12 - 17 | -7,6 | 0,0 | -6,3 | 10 | 0 | 10 | 0 | 2 | 0 | 2001 | ... |
| 147 | Сербия и Черногория | 14 | 13 - 15 | -5,8 | -4,0 | -4,0 | 8 | 0 | 10 | 0 | 1 | 0 | 2000 | ... |
| 148 | Сингапур | 3 | 3 - 3 | -10,7 | -3,9 | -8,3 | 10 | 0 | 10 | 0 | 2 | 0 | 2001 | ... |
| 149 | Сирийская Арабская Республика | 18 | 16 - 19 | -6,8 | -6,6 | -6,8 | 5 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2001 | 2002 |
| 150 | Словакия | 8 | 7 - 9 | -2,5 | -4,1 | -6,5 | 8 | 0 | 10 | 0 | 3 | 0 | 2002 | ... |
| 151 | Словения | 5 | 3 - 6 | -7,6 | -3,5 | -5,3 | 8 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 152 | Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии | 6 | 5 - 7 | -5,6 | -2,2 | -2,5 | 10 | 0 | 10 | 0 | 3 | 0 | 2002 | ... |

| | Государства-члены | Показатель смертности детей до 5 лет (оба пола)[a] | | | | | Данные из имеющихся источников | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | на 1000 живорождений | | Средний процент изменений за год | | | 1980–1989 | | 1990–1999 | | 2000–2003 | | Последний год, за который имеются данные | |
| | | 2003 | Доверительный интервал | 1990–1994 | 1995–1999 | 2000–2003 | РРС/СВР[b] | Обследования/Переписи[c] | РРС/СВР[b] | Обследования/Переписи[c] | РРС/СВР[b] | Обследования/Переписи[c] | РРС/СВР[b] | Обследования/Переписи[c] |
| 153 | Соединенные Штаты Америки | 8 | 7 - 9 | -4,3 | -1,4 | -2,9 | 10 | 0 | 10 | 0 | 3 | 0 | 2002 | ... |
| 154 | Соломоновы Острова | 22 | 18 - 26 | -3,6 | -3,6 | -3,6 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1999 | 1999 |
| 155 | Сомали | 225 | 181 - 283 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 156 | Судан | 93 | 81 - 104 | -2,5 | -1,8 | -1,5 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | ... | 1999 |
| 157 | Суринам | 39 | 35 - 44 | -1,7 | -1,4 | -1,4 | 9 | 0 | 8 | 0 | 0 | 1 | 1997 | 2000 |
| 158 | Сьерра-Леоне | 283 | 240 - 331 | -0,6 | -0,5 | -0,3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 159 | Таджикистан | 118 | 100 - 136 | -0,8 | -0,5 | -0,5 | 7 | 0 | 9 | 0 | 2 | 1 | 2001 | 2000 |
| 160 | Таиланд | 26 | 23 - 29 | -3,2 | -3,1 | -3,1 | 10 | 6 | 10 | 2 | 3 | 1 | 2002 | 2000 |
| 161 | Тимор-Лешти | 125 | 104 - 146 | -2,0 | -2,1 | -1,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 162 | Того | 140 | 124 - 155 | -0,8 | -0,6 | -0,6 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | ... | 1998 |
| 163 | Тонга | 19 | 16 - 23 | -2,7 | -2,4 | -2,7 | 0 | 0 | 6 | 0 | 1 | 0 | 2002 | ... |
| 164 | Тринидад и Тобаго | 20 | 17 - 23 | -5,6 | 2,1 | 0,0 | 10 | 1 | 9 | 0 | 0 | 0 | 1998 | 1987 |
| 165 | Тувалу | 51 | 39 - 62 | 0,0 | -1,1 | -1,1 | 0 | 0 | 9 | 0 | 1 | 0 | 2000 | ... |
| 166 | Тунис | 24 | 21 - 26 | -6,6 | -5,4 | -5,4 | 4 | 3 | 9 | 1 | 1 | 0 | 2000 | 1994 |
| 167 | Туркменистан | 102 | 93 - 112 | -1,7 | 2,2 | 1,0 | 7 | 0 | 9 | 0 | 0 | 1 | 1998 | 2000 |
| 168 | Турция | 39 | 37 - 41 | -5,1 | -5,6 | -4,7 | 0 | 5 | 10 | 3 | 1 | 0 | 2000 | 1998 |
| 169 | Уганда | 140 | 113 - 167 | -0,5 | -1,5 | -1,3 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 170 | Узбекистан | 69 | 63 - 76 | -1,1 | -1,1 | -1,0 | 9 | 0 | 10 | 1 | 2 | 1 | 2001 | 2000 |
| 171 | Украина | 20 | 18 - 22 | 1,8 | -2,6 | -1,0 | 9 | 0 | 10 | 0 | 3 | 0 | 2002 | ... |
| 172 | Уругвай | 15 | 13 - 17 | -2,9 | -5,8 | -3,0 | 10 | 1 | 10 | 0 | 2 | 0 | 2001 | 1985 |
| 173 | Фиджи | 20 | 17 - 24 | -4,3 | -2,5 | -2,5 | 8 | 0 | 8 | 0 | 1 | 0 | 2000 | ... |
| 174 | Филиппины | 36 | 29 - 44 | -4,5 | -4,4 | -3,6 | 10 | 2 | 9 | 2 | 1 | 0 | 2000 | 1998 |
| 175 | Финляндия | 4 | 3 - 5 | -6,2 | -2,6 | -1,8 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 176 | Франция | 5 | 4 - 6 | -7,1 | -2,3 | -4,6 | 10 | 0 | 10 | 0 | 3 | 0 | 2002 | ... |
| 177 | Хорватия | 7 | 6 - 8 | -4,7 | -4,1 | -2,4 | 8 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 178 | Центральноафриканская Республика | 180 | 156 - 204 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 179 | Чад | 200 | 175 - 227 | -0,3 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 180 | Чешская Республика | 5 | 4 - 5 | -6,9 | -9,8 | -2,2 | 8 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 181 | Чили | 9 | 7 - 12 | -5,9 | -3,0 | -7,8 | 10 | 1 | 10 | 1 | 3 | 0 | 2002 | 1992 |
| 182 | Швейцария | 5 | 4 - 6 | -6,4 | -1,2 | -4,3 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 183 | Швеция | 4 | 3 - 4 | -8,8 | -2,8 | -0,8 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |
| 184 | Шри-Ланка | 15 | 13 - 17 | -4,9 | -4,7 | -8,5 | 10 | 1 | 6 | 1 | 0 | 0 | 1996 | 1993 |
| 185 | Эквадор | 27 | 24 - 30 | -5,5 | -5,7 | -5,7 | 10 | 4 | 10 | 3 | 1 | 0 | 2000 | 1999 |
| 186 | Экваториальная Гвинея | 146 | 121 - 169 | -3,2 | -2,3 | -2,3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | ... | 1983 |
| 187 | Эритрея | 85 | 70 - 100 | -3,7 | -4,5 | -4,5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | ... | 2002 |
| 188 | Эстония | 8 | 7 - 9 | 3,2 | -9,9 | -11,5 | 9 | 0 | 10 | 0 | 3 | 0 | 2002 | ... |
| 189 | Эфиопия | 169 | 133 - 202 | -1,2 | -1,7 | -1,4 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 1 | ... | 2000 |
| 190 | Южная Африка | 66 | 58 - 74 | -0,3 | 1,3 | 1,6 | 9 | 0 | 10 | 2 | 0 | 0 | 1999 | 1998 |
| 191 | Ямайка | 20 | 17 - 23 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 10 | 2 | 6 | 0 | 0 | 1 | 1999 | 2000 |
| 192 | Япония | 4 | 4 - 4 | -1,6 | -5,3 | -4,0 | 10 | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 2003 | ... |

[a] Показатель смертности детей в возрасте до пяти лет — это вероятность (из расчета на 1000 детей, родившихся живыми) смерти ребенка, родившегося в определенном году, умереть до достижения пятилетнего возраста, если сохранятся современные показатели смертности в различных возрастных группах. Здесь представлены те же оценочные данные, которые опубликованы в таблице 1 приложения. Источники информации и методы — см. в разделе «Пояснительные комментарии».

[b] В колонке «РРС/СВР» — регистрация рождений и смертей / система выборочной регистрации рождений и смертей — указано число лет, за которые в ВОЗ поступили данные из какой-либо системы регистрации.

[c] В колонке «Обследования/Переписи» указано число эпидемиологических обследований и переписей населения, сведения о которых имеются в ВОЗ.

... Данных нет.

**Таблица 2б приложения. Показатели смертности детей в возрасте до пяти лет (на 1000), полученные непосредственно по результатам эпидемиологических обследований и регистрации рождений и смертей, разделенные по возрастным группам с учетом последнего имеющегося периода или года[a]**

Цифры не всегда представляют собой официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы. Итоговые данные не всегда являются суммой показателей в отдельных возрастных группах, так как приведенные цифры отражают вероятность смерти, а не являются частотой (в строгом смысле) имевших место случаев смерти.

| Государства-члены | Период или год[d] | Источник[e] | До 5 лет | Младенческая | | | | | Среди детей младшего возраста (от 1 до 5 лет) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Неонатальная | Постнеонатальная[b] | | | Всего[c] | | | |
| | | | 0–4 года | 0–27 дней | 28 дней – 5 месяцев | 6–11 месяцев | Всего[c] | 0–11 месяцев | 12–23 месяцев | 24–59 месяцев | Всего[c] |
| Австралия | 2001 | РРС | 6 | 4 | … | … | 1,6 | 5 | 0,4 | 0,6 | 1,0 |
| Австрия | 2003 | РРС | 6 | 3 | … | … | 1,4 | 4 | 0,5 | 0,7 | 1,1 |
| Албания | 2003 | РРС | 14 | 3 | … | … | 6 | 8 | 1,9 | 4 | 6 |
| Аргентина | 2002 | РРС | 19 | 11 | … | … | 6 | 17 | 1,1 | 1,5 | 3 |
| Армения | 1996-2000 | ОДЗ | 39 | 19 | 14 | 3 | 17 | 36 | 0 | 3 | 3 |
| Багамские Острова | 2000 | РРС | 12 | 5 | … | … | 4 | 8 | 1,5 | 1,6 | 3 |
| Бангладеш | 1996-2000 | ОДЗ | 94 | 42 | 18 | 8 | 24 | 66 | 11 | 19 | 30 |
| Барбадос | 2000 | РРС | 17 | 11 | … | … | 5 | 16 | 0,9 | 0,6 | 1,5 |
| Бахрейн | 2000 | РРС | 10 | 4 | … | … | 3 | 7 | 0,7 | 1,9 | 3 |
| Белиз | 2000 | РРС | 30 | 14 | … | … | 9 | 23 | 3 | 2 | 6 |
| Бельгия | 1992 | РРС | 10 | 4 | … | … | 4 | 8 | 0,5 | 0,9 | 1,4 |
| Бенин | 1997-2001 | ОДЗ | 160 | 38 | 23 | 30 | 51 | 89 | 30 | 50 | 78 |
| Болгария | 2003 | РРС | 15 | 7 | … | … | 5 | 12 | 1,0 | 1,4 | 2 |
| Боливия | 1994-1998 | ОДЗ | 92 | 34 | 20 | 15 | 33 | 67 | 15 | 11 | 26 |
| Бразилия | 2000 | РРС | 23 | 13 | … | … | 8 | 20 | 1,7 | 1,8 | 3 |
| Буркина-Фасо | 1995-1999 | ОДЗ | 219 | 41 | 36 | 32 | 65 | 105 | 48 | 83 | 127 |
| Бурунди | 1983-1987 | ОДЗ | 153 | 35 | 25 | 16 | 38 | 74 | 28 | 59 | 85 |
| Бывшая Югославская Республика Македония | 2000 | РРС | 15 | 9 | … | … | 3 | 12 | 0,9 | 1,0 | 1,9 |
| Венгрия | 2003 | РРС | 9 | 5 | … | … | 3 | 7 | 0,5 | 0,8 | 1,3 |
| Венесуэла (Боливарианская Республика) | 2000 | РРС | 21 | 12 | … | … | 6 | 18 | 2 | 1,9 | 4 |
| Вьетнам | 1998-2002 | ОДЗ | 24 | 12 | 4 | 2 | 6 | 18 | 3 | 3 | 6 |
| Габон | 1996-2000 | ОДЗ | 89 | 30 | 13 | 15 | 27 | 57 | 15 | 19 | 33 |
| Гаити | 1996-2000 | ОДЗ | 119 | 32 | 27 | 23 | 48 | 80 | 20 | 22 | 42 |
| Гайана | 1996 | РРС | 31 | 14 | … | … | 10 | 25 | 4 | 3 | 7 |
| Гана | 1994-1998 | ОДЗ | 108 | 30 | 13 | 15 | 27 | 57 | 20 | 34 | 54 |
| Гватемала | 1995-1999 | ОДЗ | 59 | 23 | 12 | 11 | 22 | 45 | 8 | 6 | 14 |
| Гвинея | 1995-1999 | ОДЗ | 177 | 48 | 32 | 21 | 50 | 98 | 35 | 55 | 87 |
| Германия | 2001 | РРС | 5 | 3 | … | … | 1,6 | 4 | 0,4 | 0,6 | 1,0 |
| Гондурас | 1981 | РРС | 40 | 7 | … | … | 16 | 23 | 9 | 9,0 | 17 |
| Греция | 2001 | РРС | 5 | 4 | … | … | 1,6 | 5 | 0,3 | 0,4 | 0,7 |
| Дания | 1996 | РРС | 7 | 4 | … | … | 1,6 | 6 | 0,6 | 0,6 | 1,2 |
| Доминиканская Республика | 1998-2002 | ОДЗ | 38 | 22 | 6 | 3 | 9 | 31 | 3 | 3 | 7 |
| Египет | 1996-2000 | ОДЗ | 54 | 24 | 11 | 9 | 20 | 44 | 5 | 6 | 11 |
| Замбия | 1998-2002 | ОДЗ | 168 | 37 | 30 | 31 | 58 | 95 | 38 | 45 | 81 |
| Зимбабве | 1995-1999 | ОДЗ | 102 | 29 | 23 | 15 | 36 | 65 | 19 | 21 | 40 |
| Израиль | 2003 | РРС | 6 | 3 | … | … | 1,8 | 5 | 0,5 | 0,7 | 1,3 |
| Индия | 1995-1999 | ОДЗ | 95 | 43 | 15 | 11 | 24 | 68 | 12 | 18 | 29 |
| Индонезия | 1993-1997 | ОДЗ | 58 | 22 | 15 | 10 | 24 | 46 | 5 | 8 | 13 |
| Иордания | 1998-2002 | ОДЗ | 27 | 16 | 4 | 3 | 7 | 22 | 2 | 3 | 5 |
| Ирландия | 2001 | РРС | 7 | 4 | … | … | 1,9 | 6 | 0,6 | 0,9 | 1,4 |
| Исландия | 2001 | РРС | 3 | 2 | … | … | 0,7 | 3 | 0,5 | 0,2 | 0,7 |
| Испания | 2001 | РРС | 5 | 3 | … | … | 1,3 | 4 | 0,4 | 0,6 | 1,0 |
| Италия | 2001 | РРС | 6 | 3 | … | … | 1,3 | 5 | 0,3 | 0,5 | 0,8 |
| Казахстан | 1995-1999 | ОДЗ | 71 | 34 | 17 | 12 | 28 | 62 | 6 | 4 | 10 |
| Камбоджа | 1996-2000 | ОДЗ | 124 | 37 | 44 | 17 | 58 | 95 | 11 | 22 | 32 |
| Камерун | 1994-1998 | ОДЗ | 151 | 37 | 20 | 22 | 40 | 77 | 32 | 50 | 80 |

| Государства-члены | Период или год[d] | Источник[e] | До 5 лет: 0–4 года | Младенческая: Неонатальная: 0–27 дней | Постнеонатальная[b]: 28 дней – 5 месяцев | Постнеонатальная[b]: 6–11 месяцев | Постнеонатальная[b]: Всего[c] | Всего[c]: 0–11 месяцев | Среди детей младшего возраста (от 1 до 5 лет): 12–23 месяцев | 24–59 месяцев | Всего[c] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Канада | 2000 | РРС | 6 | 4 | … | … | 1,7 | 5 | 0,3 | 0,5 | 0,8 |
| Кения | 1994-1998 | ОДЗ | 111 | 28 | 25 | 22 | 45 | 74 | 20 | 21 | 41 |
| Колумбия | 1996-2000 | ОДЗ | 25 | 15 | 4 | 3 | 7 | 21 | 1 | 2 | 4 |
| Коморские Острова | 1992-1996 | ОДЗ | 104 | 38 | 21 | 20 | 39 | 77 | 13 | 16 | 29 |
| Коста-Рика | 2002 | РРС | 12 | 8 | … | … | 4 | 11 | 0,9 | 1,0 | 1,9 |
| Кот-д'Ивуар | 1994-1998 | ОДЗ | 181 | 62 | 28 | 25 | 50 | 112 | 33 | 46 | 77 |
| Куба | 2002 | РРС | 8 | 4 | … | … | 2 | 7 | 0,6 | 1,0 | 1,6 |
| Кувейт | 2002 | РРС | 13 | 7 | … | … | 3 | 10 | 0,7 | 1,1 | 1,8 |
| Кыргызстан | 2003 | РРС | 28 | 11 | … | … | 10 | 21 | 4 | 3 | 7 |
| Латвия | 2003 | РРС | 13 | 6 | … | … | 4 | 9 | 1,1 | 2 | 3 |
| Либерия | 1982-1986 | ОДЗ | 222 | 68 | 48 | 36 | 76 | 144 | 49 | 44 | 91 |
| Литва | 2003 | РРС | 9 | 4 | … | … | 3 | 7 | 0,6 | 1,2 | 1,8 |
| Люксембург | 2003 | РРС | 5 | 3 | … | … | 2 | 5 | 0,4 | 0,0 | 0,4 |
| Маврикий | 2000 | РРС | 18 | 12 | … | … | 3 | 16 | 1,0 | 1,3 | 2 |
| Мавритания | 1999-2003 | ОДЗ | 168 | 37 | 30 | 31 | 58 | 95 | 38 | 45 | 81 |
| Мадагаскар | 1993-1997 | ОДЗ | 159 | 40 | 30 | 29 | 56 | 96 | 32 | 38 | 70 |
| Малави | 1996-2000 | ОДЗ | 189 | 42 | 32 | 34 | 62 | 104 | 42 | 55 | 95 |
| Мали | 1997-2001 | ОДЗ | 229 | 57 | 29 | 32 | 56 | 113 | 50 | 85 | 130 |
| Мальта | 2003 | РРС | 6 | 5 | … | … | 0,5 | 6 | 0,2 | 0,2 | 0,5 |
| Марокко | 1988-1992 | ОДЗ | 76 | 31 | 17 | 10 | 26 | 57 | 12 | 8 | 20 |
| Мексика | 2001 | РРС | 20 | 8 | … | … | 5 | 13 | 1,5 | 1,6 | 3 |
| Мозамбик | 1993-1997 | ОДЗ | 201 | 54 | 41 | 46 | 81 | 135 | 21 | 57 | 77 |
| Монголия | 1994 | РРС | 57 | 10 | … | … | 25 | 35 | 8 | 10 | 18 |
| Намибия | 1996-2000 | ОДЗ | 62 | 20 | 13 | 6 | 18 | 38 | 8 | 17 | 25 |
| Непал | 1996-2000 | ОДЗ | 91 | 39 | 16 | 10 | 26 | 64 | 12 | 17 | 29 |
| Нигер | 1994-1998 | ОДЗ | 274 | 44 | 35 | 49 | 79 | 123 | 71 | 109 | 172 |
| Нигерия | 1999-2003 | ОДЗ | 201 | 48 | 25 | 30 | 52 | 100 | 50 | 65 | 112 |
| Нидерланды | 2003 | РРС | 6 | 4 | … | … | 1,2 | 5 | 0,4 | 0,6 | 1,0 |
| Никарагуа | 1997-2001 | ОДЗ | 39 | 16 | 9 | 6 | 15 | 31 | 5 | 4 | 9 |
| Новая Зеландия | 2000 | РРС | 8 | 4 | … | … | 3 | 7 | 0,5 | 1,0 | 1,6 |
| Норвегия | 2002 | РРС | 4 | 2 | … | … | 1,0 | 3 | 0,5 | 0,7 | 1,2 |
| Объединенная Республика Танзания | 1995-1999 | ОДЗ | 147 | 40 | 32 | 30 | 59 | 99 | 25 | 28 | 53 |
| Пакистан | 1987-1991 | ОДЗ | 112 | 49 | 24 | 15 | 37 | 86 | 16 | 13 | 29 |
| Панама | 2002 | РРС | 17 | 8 | … | … | 6 | 14 | 2 | 2 | 4 |
| Папуа-Новая Гвинея | 1977 | РРС | 12 | 2 | … | … | 4 | 6 | 2 | 3 | 5 |
| Парагвай | 2000 | РРС | 14 | 6 | … | … | 5 | 10 | 1,6 | 1,5 | 3 |
| Перу | 1996-2000 | ОДЗ | 47 | 18 | 9 | 6 | 15 | 33 | 7 | 7 | 14 |
| Польша | 2002 | РРС | 9 | 5 | … | … | 2 | 8 | 0,5 | 0,7 | 1,2 |
| Португалия | 2002 | РРС | 7 | 3 | … | … | 1,6 | 5 | 0,6 | 1,0 | 1,6 |
| Республика Молдова | 2003 | РРС | 18 | 7 | … | … | 7 | 14 | 1,4 | 2 | 3 |
| Руанда | 1996-2000 | ОДЗ | 196 | 44 | 33 | 35 | 64 | 107 | 43 | 59 | 100 |
| Румыния | 2002 | РРС | 21 | 8 | … | … | 9 | 17 | 1,5 | 1,8 | 3 |
| Сальвадор | 1999 | РРС | 15 | 4 | … | … | 7 | 11 | 2 | 1,7 | 4 |
| Сан-Томе и Принсипи | 1985 | РРС | 122 | 23 | … | … | 43 | 65 | 32 | 36 | 67 |
| Сенегал | 1993-1997 | ЗОД | 139 | 37 | 17 | 14 | 30 | 68 | 27 | 51 | 77 |
| Сент-Винсент и Гренадины | 1999 | РРС | 26 | 14 | … | … | 8 | 21 | 3 | 4 | 7 |

## Таблица 2б приложения. Показатели смертности детей в возрасте до пяти лет (на 1000), полученные непосредственно по результатам эпидемиологических обследований и регистрации рождений и смертей, разделенные по возрастным группам с учетом последнего имеющегося периода или года[a]

Цифры не всегда представляют собой официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы. Итоговые данные не всегда являются суммой показателей в отдельных возрастных группах, так как приведенные цифры отражают вероятность смерти, а не являются частотой (в строгом смысле) имевших место случаев смерти.

| Государства-члены | Период или год[d] | Источник[e] | До 5 лет | Младенческая | | | | | Среди детей младшего возраста (от 1 до 5 лет) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Неонатальная | Постнеонатальная[b] | | | Всего[c] | | | |
| | | | 0–4 года | 0–27 дней | 28 дней – 5 месяцев | 6–11 месяцев | Всего[c] | 0–11 месяцев | 12–23 месяцев | 24–59 месяцев | Всего[c] |
| Сент-Люсия | 1999 | РРС | 25 | 15 | … | … | 2 | 17 | 1,4 | 3 | 4 |
| Сербия и Черногория | 2000 | РРС | 16 | 9 | … | … | 4 | 13 | 1,4 | 1,1 | 2 |
| Сингапур | 2001 | РРС | 3 | 1,1 | … | … | 1,0 | 2 | 0,6 | 0,6 | 1,2 |
| Словакия | 2002 | РРС | 9 | 5 | … | … | 3 | 8 | 0,7 | 0,7 | 1,4 |
| Словения | 2003 | РРС | 5 | 3 | … | … | 1,0 | 4 | 0,2 | 0,6 | 0,8 |
| Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии | 2002 | РРС | 6 | 4 | … | … | 1,7 | 5 | 0,4 | 0,5 | 0,9 |
| Соединенные Штаты Америки | 2001 | РРС | 8 | 5 | … | … | 2 | 7 | 0,5 | 0,8 | 1,3 |
| Судан | 1986-1990 | ОДЗ | 124 | 44 | 13 | 14 | 26 | 70 | 25 | 33 | 58 |
| Суринам | 1992 | РРС | 19 | 7 | … | … | 6 | 13 | 2 | 2 | 5 |
| Таиланд | 1983-1987 | ОДЗ | 44 | 20 | 12 | 3 | 15 | 35 | 5 | 5 | 9 |
| Того | 1994-1998 | ОДЗ | 146 | 41 | 19 | 22 | 38 | 80 | 23 | 51 | 72 |
| Тринидад | 1983-1987 | ОДЗ | 32 | 23 | 3 | 3 | 5 | 28 | 3 | 1 | 4 |
| Тунис | 1984-1988 | ОДЗ | 62 | 26 | 13 | 10 | 22 | 48 | 5 | 9 | 15 |
| Турция | 1994-1998 | ОДЗ | 52 | 26 | 9 | 8 | 17 | 43 | 5 | 5 | 10 |
| Уганда | 1996-2000 | ОДЗ | 151 | 33 | 25 | 33 | 55 | 88 | 32 | 39 | 69 |
| Узбекистан | 1992-1996 | ОДЗ | 59 | 23 | 15 | 12 | 26 | 49 | 6 | 5 | 11 |
| Уругвай | 2000 | РРС | 16 | 8 | … | … | 6 | 14 | 1,0 | 1,3 | 2 |
| Фиджи | 1978 | РРС | 39 | 18 | … | … | 10 | 28 | 3 | 4 | 7 |
| Филиппины | 1994-1998 | ОДЗ | 48 | 18 | 9 | 8 | 17 | 35 | 6 | 8 | 14 |
| Финляндия | 2003 | РРС | 4 | 2 | … | … | 1,1 | 3 | 0,2 | 0,6 | 0,8 |
| Франция | 2000 | РРС | 5 | 3 | … | … | 1,6 | 4 | 0,4 | 0,6 | 1,0 |
| Хорватия | 2003 | РРС | 7 | 5 | … | … | 1,4 | 6 | 0,3 | 0,7 | 1,0 |
| Центральноафриканская Республика | 1990-1994 | ОДЗ | 158 | 42 | 34 | 23 | 55 | 97 | 26 | 42 | 67 |
| Чад | 1993-1997 | ОДЗ | 194 | 44 | 30 | 33 | 59 | 103 | 42 | 63 | 102 |
| Чешская Республика | 2003 | РРС | 5 | 2 | … | … | 1,5 | 4 | 0,4 | 0,6 | 1,0 |
| Чили | 2002 | РРС | 8 | 4 | … | … | 3 | 7 | 0,6 | 1,0 | 1,6 |
| Швейцария | 2000 | РРС | 6 | 4 | … | … | 1,3 | 5 | 0,4 | 0,5 | 0,9 |
| Швеция | 2001 | РРС | 4 | 3 | … | … | 1,2 | 4 | 0,3 | 0,5 | 0,8 |
| Шри-Ланка | 1983-1987 | ОДЗ | 34 | 16 | 5 | 4 | 8 | 25 | 2 | 7 | 10 |
| Эквадор | 2000 | РРС | 26 | 8 | … | … | 8 | 16 | 4 | 3 | 7 |
| Эритрея | 1998-2002 | ОДЗ | 93 | 24 | 14 | 11 | 24 | 48 | 19 | 29 | 48 |
| Эстония | 2002 | РРС | 8 | 4 | … | … | 2 | 6 | 0,6 | 1,3 | 1,9 |
| Эфиопия | 1996-2000 | ОДЗ | 166 | 49 | 28 | 24 | 48 | 97 | 29 | 50 | 77 |
| Южная Африка | 1994-1998 | ОДЗ | 59 | 20 | 16 | 11 | 26 | 45 | 8 | 6 | 15 |
| Ямайка | 1991 | РРС | 9 | 3 | … | … | 4 | 6 | 1,6 | 1,2 | 3 |
| Япония | 2000 | РРС | 5 | 1,8 | … | … | 1,5 | 3 | 0,5 | 0,7 | 1,2 |

[a] Результаты рассчитаны по данным репрезентативных национальных исследований с использованием стандартного метода или регистрации рождений и смертей б какой-либо корректировки. Сравнение данных из разных стран следует проводить с осторожностью, так как эти результаты не всегда сопоставимы из-за различ в методах расчета в зависимости от источника информации и различной степени полноты информации о регистрации рождений и смертей, представленн государствами-членами. Определения возрастных групп — см. в разделе «Пояснительные комментарии».

[b] Представленная в ВОЗ информация о регистрации рождений и смертей недостаточно детальна, что не позволяет рассчитать показатели смертнос в постнеонатальном периоде для групп 28 дней — 5 месяцев и 6–11 месяцев.

[c] Итоговые данные не всегда являются суммой показателей в отдельных возрастных группах, так как приведенные цифры отражают вероятность смерти, а не являют частотой (в строгом смысле) имевших место случаев смерти.

[d] Приведенные данные из национальных систем регистрации рождений и смертей относятся к конкретным годам, тогда как результаты исследований относят к пятилетнему периоду.

[e] РРС: регистрация рождений и смертей; ОДЗ: Обследования по демографии и здоровью.

… Данных нет

## Таблица 3 приложения. Ежегодное число случаев смерти от разных причин среди детей в возрасте до пяти лет — по регионам ВОЗ, оценочные данные за 2000–2003 гг.[a]

Для обеспечения сопоставимости приведены оценочные данные ВОЗ; они не всегда представляют официальные статистические данные стран-членов, которые могу использовать альтернативные математические методы.

| Причины смерти | ВСЕ ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ | | СТРАНЫ АФРИКИ | | СТРАНЫ АМЕРИКИ: Все страны | | СТРАНЫ АМЕРИКИ: Страны с низкой смертностью (Канада и США) | | СТРАНЫ АМЕРИКИ: Остальные страны | | СТРАНЫ ЮГО-ВОСТОЧНОЙ АЗ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Численность населения (000) | 616 764 | | 110 944 | | 77 885 | | 22 978 | | 54 908 | | 178 987 | |
| | (000) | % от суммы | (000) | % от суммы | (000) | % от суммы | (000) | % от суммы | (000) | % от суммы | (000) | % от суммы |
| Всего смертей | 10 596 | *100* | 4 396 | *100* | 439 | *100* | 50 | *100* | 389 | *100* | 3 070 | *100* |
| ВИЧ/СПИД | 321 | *3* | 285 | *6* | 6 | *1* | 0 | *0* | 6 | *2* | 22 | *1* |
| Диарейные заболевания[c] | 1 762 | *17* | 701 | *16* | 51 | *12* | 0 | *0* | 51 | *13* | 552 | *18* |
| Корь | 395 | *4* | 227 | *5* | 1 | *0* | 0 | *0* | 1 | *0* | 103 | 3 |
| Малярия | 853 | *8* | 802 | *18* | 1 | *0* | 0 | *0* | 1 | *0* | 12 | *0* |
| Острые респираторные инфекции | 2 027 | *19* | 924 | *21* | 54 | *12* | 1 | *2* | 53 | *14* | 590 | *19* |
| Неонатальные причины[d] | 3 910 | *37* | 1 148 | *26* | 195 | *44* | 29 | *58* | 166 | *43* | 1 362 | *44* |
| Травмы | 305 | *3* | 76 | *2* | 23 | *5* | 5 | *10* | 18 | *5* | 71 | *2* |
| *Непреднамеренные* | *291* | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … |
| Дорожно-транспортные несчастные случаи | 50 | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … |
| Утопление | 60 | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … |
| *Преднамеренные* | *14* | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … |
| Другие причины | 1 022 | *10* | 233 | *5* | 109 | *25* | 15 | *30* | 94 | *24* | 359 | *12* |

[a] Источники информации и методы — см. в разделе «Пояснительные комментарии».

[b] Австрия, Андорра, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португал Сан-Марино, Словения, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Швейцария и Швеция

[c] Включены только случаи смерти от диареи в постнеонатальном периоде.

[d] Неонатальные причины включают диарею в течение периода новорожденности (см. таблицу 4 приложения). В глобальных масштабах доля смертельных исход связанных с диарейными заболеваниями, у всех детей в возрасте до пяти лет составляет 18%.

… Данных нет.

## Таблица 4 приложения. Ежегодное число случаев смерти от разных причин среди новорожденных — по регионам ВОЗ, оценочные данные за 2000–2003 гг.[a]

Для обеспечения сопоставимости приведены оценочные данные ВОЗ; они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые мо использовать альтернативные математические методы.

| Причины смерти | ВСЕ ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ | | СТРАНЫ АФРИКИ | | СТРАНЫ АМЕРИКИ: Все страны | | СТРАНЫ АМЕРИКИ: Страны с низкой смертностью (Канада и США) | | СТРАНЫ АМЕРИКИ: Остальные страны | | СТРАНЫ ЮГО-ВОСТОЧНОЙ А | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | (000) | % от суммы | (000) | % от суммы | (000) | % от суммы | (000) | % от суммы | (000) | % от суммы | (000) | % от суммы |
| ВСЕГО случаев смерти новорожденных | 3 910 | *100* | 1 148 | *100* | 195 | *100* | 29 | *100* | 166 | *100* | 1 362 | *100* |
| Столбняк новорожденных | 257 | *7* | 108 | *9* | 2 | *1* | 0 | *0* | 2 | *1* | 58 | *4* |
| Тяжелая инфекция[c] | 1 016 | *26* | 313 | *27* | 34 | *17* | 2 | *6* | 32 | *19* | 374 | *27* |
| Асфиксия в родах | 894 | *23* | 274 | *24* | 36 | *19* | 4 | *14* | 33 | *20* | 314 | *23* |
| Диарейные заболевания | 108 | *3* | 40 | *3* | 1 | *1* | 0 | *0* | 1 | *1* | 37 | *3* |
| Врожденные аномалии | 294 | *8* | 70 | *6* | 31 | *16* | 8 | *29* | 22 | *13* | 77 | *6* |
| Недоношенность[d] | 1 083 | *28* | 265 | *23* | 78 | *40* | 13 | *45* | 65 | *39* | 413 | *30* |
| Другие причины | 258 | *7* | 78 | *7* | 13 | *7* | 2 | *7* | 11 | *7* | 89 | *7* |

[a] Источники информации и методы – см. в разделе «Пояснительные комментарии».

[b] Австрия, Андорра, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португал Сан-Марино, Словения, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Швейцария и Швеция.

[c] Включены случаи смерти от пневмонии, менингита, сепсиса/септицемии и других инфекций в течение неонатального периода.

[d] Включены не все случаи смерти недоношенных детей, а только те, что непосредственно связаны с незрелостью или со специфическими осложнениями недоношенно например с дефицитом сурфактанта.

| СТРАНЫ ЕВРОПЫ | | | | | | СТРАНЫ ВОСТОЧНОГО СРЕДИЗЕМНОМОРЬЯ | | СТРАНЫ ЗАПАДНОЙ ЧАСТИ ТИХОГО ОКЕАНА | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Все страны | | Страны с низкой смертностью[b] | | Остальные страны | | | | Все страны | | Страны с низкой смертностью (Австралия, Новая Зеландия и Япония) | | Остальные страны | |
| 50 738 | | 22 050 | | 28 688 | | 67 918 | | 130 292 | | 7 833 | | 122 459 | |
| (000) | *% от суммы* | (000) | *% от суммы* | (000) | *% от суммы* | (000) | *% от суммы* | (000) | *% от суммы* | (000) | *% от суммы* | (000) | *% от суммы* |
| 263 | *100* | 25 | *100* | 238 | *100* | 1 409 | *100* | 1 020 | *100* | 7 | *100* | 1 013 | *100* |
| 1 | *0* | 0 | *0* | 1 | *0* | 4 | *0* | 3 | *0* | 0 | *0* | 3 | *0* |
| 35 | *13* | 0 | *0* | 35 | *15* | 245 | *17* | 178 | *17* | 0 | *0* | 178 | *18* |
| 2 | *1* | 0 | *0* | 1 | *1* | 52 | *4* | 11 | *1* | 0 | *0* | 11 | *1* |
| 0 | *0* | 0 | *0* | 0 | *0* | 37 | *3* | 1 | *0* | 0 | *0* | 1 | *0* |
| 32 | *12* | 0 | *2* | 31 | *13* | 292 | *21* | 137 | *13* | 0 | *4* | 137 | *13* |
| 116 | *44* | 14 | *55* | 102 | *43* | 610 | *43* | 480 | *47* | 3 | *43* | 477 | *47* |
| 17 | *7* | 2 | *7* | 16 | *7* | 45 | *3* | 73 | *7* | 1 | *12* | 72 | *7* |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 61 | *23* | 9 | *36* | 52 | *22* | 124 | *9* | 137 | *13* | 3 | *40* | 134 | *13* |

| СТРАНЫ ЕВРОПЫ | | | | | | СТРАНЫ ВОСТОЧНОГО СРЕДИЗЕМНОМОРЬЯ | | СТРАНЫ ЗАПАДНОЙ ЧАСТИ ТИХОГО ОКЕАНА | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Все страны | | Страны с низкой смертностью[b] | | Остальные страны | | | | Все страны | | Страны с низкой смертностью (Австралия, Новая Зеландия и Япония) | | Остальные страны | |
| (000) | *% от суммы* | (000) | *% от суммы* | (000) | *% от суммы* | (000) | *% от суммы* | (000) | *% от суммы* | (000) | *% от суммы* | (000) | *% от суммы* |
| 116 | *100* | 14 | *100* | 102 | *100* | 610 | *100* | 480 | *100* | 3 | *100* | 477 | *100* |
| 1 | *1* | 0 | *0* | 1 | *1* | 72 | *12* | 16 | *3* | 0 | *0* | 16 | *3* |
| 21 | *18* | 1 | *6* | 20 | *20* | 174 | *28* | 101 | *21* | 0 | *6* | 101 | *21* |
| 21 | *18* | 2 | *15* | 19 | *18* | 122 | *20* | 127 | *26* | 0 | *14* | 126 | *26* |
| 1 | *1* | 0 | *0* | 1 | *1* | 22 | *4* | 7 | *1* | 0 | *0* | 7 | *1* |
| 21 | *19* | 4 | *32* | 17 | *17* | 54 | *9* | 40 | *8* | 1 | *31* | 39 | *8* |
| 44 | *38* | 6 | *41* | 38 | *37* | 132 | *22* | 152 | *32* | 1 | *44* | 151 | *32* |
| 7 | *6* | 1 | *6* | 6 | *6* | 35 | *6* | 36 | *8* | 0 | *7* | 36 | *8* |

## Таблица 5 приложения. Отдельные показатели национальных счетов здравоохранения: выявленные уровни расходов на охрану здоровья, 1998–2002 гг.

Для обеспечения сопоставимости приведены оценочные данные ВОЗ[a]; они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | Государства-члены | Суммарные расходы на здравоохранение как % от валового внутреннего продукта | | | | | Общие государственные расходы на здравоохранение как % от суммарных расходов на здравоохранение[b] | | | | | Частные расходы на здравоохранение как % от суммарных расходов на здравоохранение[b] | | | | | Общие государственные расходы на здравоохранение как % от общих государственных расходов | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| 1 | Австралия | 8,7 | 8,9 | 9,2 | 9,3 | 9,5 | 68,3 | 69,8 | 69,1 | 68,3 | 67,9 | 31,7 | 30,2 | 30,9 | 31,7 | 32,1 | 15,7 | 16,3 | 16,4 | 16,7 | 17,1 |
| 2 | Австрия | 7,7 | 7,8 | 7,7 | 7,6 | 7,7 | 69,7 | 69,6 | 69,6 | 68,5 | 69,9 | 30,3 | 30,4 | 30,4 | 31,5 | 30,1 | 9,9 | 10,1 | 10,3 | 10,2 | 10,5 |
| 3 | Азербайджан | 4,7 | 4,6 | 3,9 | 3,8 | 3,7 | 19,3 | 21,6 | 22 | 23 | 22,1 | 80,7 | 78,4 | 78 | 77 | 77,9 | 3,8 | 4,2 | 4,2 | 4,3 | 2,9 |
| 4 | Албания | 6,4 | 6,5 | 6,1 | 6,4 | 6,1 | 35,9 | 37,7 | 39,2 | 36 | 38,7 | 64,1 | 62,3 | 60,8 | 64 | 61,3 | 7 | 7,3 | 7,8 | 7,5 | 8,1 |
| 5 | Алжир | 3,8 | 3,7 | 3,6 | 3,9 | 4,3 | 65,6 | 66,4 | 69,6 | 74,2 | 74 | 34,4 | 33,6 | 30,4 | 25,8 | 26 | 8,1 | 8,4 | 8,8 | 9,4 | 9,1 |
| 6 | Ангола | 3,1 | 3,1 | 3,3 | 5,3 | 5 | 33 | 41,4 | 54 | 51,8 | 41,9 | 67 | 58,6 | 46 | 48,2 | 58,1 | 1,8 | 2,1 | 3,1 | 5,4 | 4,1 |
| 7 | Андорра | 9,2 | 6,8 | 7 | 6,8 | 6,5 | 78,6 | 71,6 | 70,1 | 71 | 70,5 | 21,4 | 28,4 | 29,9 | 29 | 29,5 | 39,1 | 29,5 | 25,7 | 26,3 | 26,6 |
| 8 | Антигуа и Барбуда | 4,6 | 4,5 | 4,6 | 4,8 | 4,8 | 71,7 | 72,2 | 72 | 70,8 | 68,6 | 28,3 | 27,8 | 28 | 29,2 | 31,4 | 14,5 | 13,9 | 14,1 | 15 | 14,1 |
| 9 | Аргентина | 8,2 | 9 | 8,9 | 9,5 | 8,9 | 55,2 | 56,2 | 55,1 | 53,5 | 50,2 | 44,8 | 43,8 | 44,9 | 46,5 | 49,8 | 14,6 | 14,8 | 14,5 | 14,2 | 15,3 |
| 10 | Армения | 5,8 | 7,1 | 5,2 | 7 | 5,8 | 24,7 | 30,8 | 29,8 | 21,5 | 22,9 | 75,3 | 69,2 | 70,2 | 78,5 | 77,1 | 5,7 | 7,6 | 6,1 | 6,2 | 6 |
| 11 | Афганистан | 6 | 5,9 | 6 | 6,5 | 8 | 8,9 | 7,7 | 6,3 | 9 | 39,2 | 91,1 | 92,3 | 93,7 | 91 | 60,8 | 8,8 | 9 | 10,5 | 14,3 | 23,1 |
| 12 | Багамские Острова | 7,5 | 7 | 7 | 6,8 | 6,9 | 44,9 | 46,8 | 47,2 | 47,5 | 48,6 | 55,1 | 53,2 | 52,8 | 52,5 | 51,4 | 13,8 | 14,4 | 14,3 | 13,6 | 14,6 |
| 13 | Бангладеш | 3,1 | 3,2 | 3,2 | 3,2 | 3,1 | 30,7 | 27,2 | 25,6 | 25,8 | 25,2 | 69,3 | 72,8 | 74,4 | 74,2 | 74,8 | 5,4 | 4,7 | 4,3 | 4,7 | 4,4 |
| 14 | Барбадос | 6 | 6,1 | 6,2 | 6,7 | 6,9 | 65,4 | 65,4 | 65,8 | 67,6 | 68,4 | 34,6 | 34,6 | 34,2 | 32,4 | 31,6 | 11,8 | 12 | 12 | 12,2 | 12,3 |
| 15 | Бахрейн | 4,9 | 4,7 | 4,1 | 4,3 | 4,4 | 70,6 | 70 | 69,3 | 70,4 | 72 | 29,4 | 30 | 30,8 | 29,6 | 28 | 11,5 | 11,4 | 10,8 | 10,8 | 9,5 |
| 16 | Беларусь | 6 | 6,1 | 6,1 | 6,6 | 6,4 | 82,1 | 81,1 | 80,1 | 75,5 | 73,9 | 17,9 | 18,9 | 19,9 | 24,5 | 26,1 | 10,9 | 10,4 | 10,7 | 10,7 | 10,5 |
| 17 | Белиз | 4,9 | 5,1 | 5 | 5,2 | 5,2 | 51,7 | 48,6 | 48 | 45,1 | 47,3 | 48,3 | 51,4 | 52 | 54,9 | 52,7 | 5,6 | 5,5 | 5,3 | 5 | 5,3 |
| 18 | Бельгия | 8,6 | 8,7 | 8,8 | 9 | 9,1 | 70,2 | 70,6 | 70,5 | 71,4 | 71,2 | 29,8 | 29,4 | 29,5 | 28,6 | 28,8 | 11,9 | 12,3 | 12,6 | 13 | 12,8 |
| 19 | Бенин | 4,5 | 4,3 | 4,6 | 4,9 | 4,7 | 40,9 | 37 | 43,4 | 46,2 | 44,4 | 59,1 | 63 | 56,6 | 53,8 | 55,6 | 11,2 | 9 | 9,8 | 11,9 | 11,1 |
| 20 | Болгария | 5,1 | 6,2 | 6,5 | 7,1 | 7,4 | 67,9 | 66,5 | 61,2 | 55,8 | 53,4 | 32,1 | 33,5 | 38,8 | 44,2 | 46,6 | 9,1 | 10,3 | 9,3 | 9,5 | 10,1 |
| 21 | Боливия | 5 | 6,2 | 6,1 | 6,4 | 7 | 62,9 | 58,1 | 60,1 | 59,3 | 59,8 | 37,1 | 41,9 | 39,9 | 40,7 | 40,2 | 10,2 | 10,5 | 9,9 | 10,4 | 11,6 |
| 22 | Босния и Герцеговина | 6,5 | 10,7 | 9,7 | 9,2 | 9,2 | 27,3 | 56,7 | 52 | 48,8 | 49,8 | 72,7 | 43,3 | 48 | 51,2 | 50,2 | 2,9 | 8,9 | 7,8 | 7,9 | 8,8 |
| 23 | Ботсвана | 4,8 | 5,1 | 5,1 | 5,4 | 6 | 53,3 | 54,1 | 54,3 | 56,7 | 61,9 | 46,7 | 45,9 | 45,7 | 43,3 | 38,1 | 5,6 | 5,6 | 5,9 | 6,3 | 7,5 |
| 24 | Бразилия | 7,4 | 7,8 | 7,6 | 7,8 | 7,9 | 44 | 42,8 | 41 | 42,9 | 45,9 | 56 | 57,2 | 59 | 57,1 | 54,1 | 9 | 9,3 | 8,5 | 9,2 | 10,1 |
| 25 | Бруней-Даруссалам | 3,8 | 3,5 | 3,6 | 3,5 | 3,5 | 81,3 | 79,4 | 80 | 78,3 | 78,2 | 18,7 | 20,6 | 20 | 21,7 | 21,8 | 5,1 | 4,8 | 5,1 | 4,6 | 4,7 |
| 26 | Буркина-Фасо | 4,3 | 4,6 | 4,5 | 4,1 | 4,3 | 38,7 | 42 | 40 | 39,7 | 45,9 | 61,3 | 58 | 60 | 60,3 | 54,1 | 8,7 | 8,2 | 7,8 | 8,7 | 10,6 |
| 27 | Бурунди | 3,1 | 3 | 3,1 | 3,2 | 3 | 20,5 | 19,9 | 17,9 | 20,8 | 21,5 | 79,5 | 80,1 | 82,1 | 79,2 | 78,5 | 2,4 | 2,1 | 2 | 2,2 | 2 |
| 28 | Бутан | 3,8 | 3,5 | 3,9 | 3,6 | 4,5 | 90,3 | 89,6 | 90,6 | 91,2 | 92,2 | 9,7 | 10,4 | 9,4 | 8,8 | 7,8 | 9,2 | 8,3 | 9,3 | 7,8 | 12 |
| 29 | Бывшая Югославская Республика Македония | 7,8 | 6,3 | 6 | 6,1 | 6,8 | 87,4 | 85,2 | 84,6 | 83,1 | 84,7 | 12,6 | 14,8 | 15,4 | 16,9 | 15,3 | 19,4 | 15,1 | 15 | 12,3 | 14 |
| 30 | Вануату | 3,7 | 3,7 | 3,7 | 3,6 | 3,8 | 70,4 | 71,8 | 71,8 | 73,1 | 73,6 | 29,6 | 28,2 | 28,2 | 26,9 | 26,4 | 11,9 | 12 | 12,6 | 12,6 | 12,8 |
| 31 | Венгрия | 7,3 | 7,4 | 7,1 | 7,4 | 7,8 | 74,8 | 72,4 | 70,7 | 69 | 70,2 | 25,2 | 27,6 | 29,3 | 31 | 29,8 | 10,1 | 11,4 | 11,7 | 10,4 | 10,4 |
| 32 | Венесуэла (Боливарианская Республика) | 5,3 | 5,9 | 6 | 5,1 | 4,9 | 54,7 | 51,8 | 54,4 | 43,8 | 46,9 | 45,3 | 48,2 | 45,6 | 56,2 | 53,1 | 13 | 13,1 | 11,5 | 7,3 | 8 |
| 33 | Вьетнам | 4,9 | 4,9 | 5,2 | 5,1 | 5,2 | 32,7 | 32,7 | 28,1 | 28,2 | 29,2 | 67,3 | 67,3 | 71,9 | 71,8 | 70,8 | 7,1 | 6,7 | 6 | 6 | 6,1 |
| 34 | Габон | 4,3 | 3,5 | 3,5 | 4,2 | 4,3 | 60,7 | 49,2 | 39,5 | 43,5 | 41,3 | 39,3 | 50,8 | 60,5 | 56,5 | 58,7 | 5,4 | 6,1 | 6,2 | 5,9 | 6,3 |
| 35 | Гаити | 7,2 | 6,8 | 6,8 | 7,1 | 7,6 | 35,4 | 36,3 | 36 | 37,7 | 39,4 | 64,6 | 63,7 | 64 | 62,3 | 60,6 | 19,7 | 18,5 | 20,7 | 23,8 | 23,8 |
| 36 | Гайана | 5 | 4,8 | 5,1 | 5,3 | 5,6 | 83,4 | 84 | 82,7 | 79,9 | 76,3 | 16,6 | 16 | 17,3 | 20,1 | 23,7 | 9,3 | 9,1 | 9,9 | 11,6 | 11,1 |
| 37 | Гамбия | 6,8 | 6,6 | 7,2 | 7,2 | 7,3 | 24,5 | 34,2 | 44,2 | 43,7 | 44,6 | 75,5 | 65,8 | 55,8 | 56,3 | 55,4 | 7,2 | 10 | 14,4 | 9,4 | 12 |
| 38 | Гана | 5,5 | 5,7 | 5,7 | 5,6 | 5,6 | 42 | 40,2 | 40,6 | 40,9 | 41 | 58 | 59,8 | 59,4 | 59,1 | 59 | 8,9 | 9,3 | 7,8 | 8,5 | 8,4 |
| 39 | Гватемала | 4,4 | 4,7 | 4,8 | 4,8 | 4,8 | 47,4 | 48,3 | 48,6 | 48,3 | 47,5 | 52,6 | 51,7 | 51,4 | 51,7 | 52,5 | 15,4 | 17 | 17 | 17,2 | 16,6 |
| 40 | Гвинея | 5,3 | 5,5 | 5,3 | 5,3 | 5,8 | 14,8 | 16,3 | 16,9 | 16,8 | 15,5 | 85,2 | 83,7 | 83,1 | 83,2 | 84,5 | 5,1 | 5,4 | 4,9 | 4,8 | 4,8 |
| 41 | Гвинея-Биссау | 5,1 | 5 | 5,6 | 6,1 | 6,3 | 35 | 41,8 | 47,7 | 46,6 | 48,2 | 65 | 58,2 | 52,3 | 53,4 | 51,8 | 7,1 | 6,6 | 6,1 | 6,6 | 8,5 |
| 42 | Германия | 10,6 | 10,6 | 10,6 | 10,8 | 10,9 | 78,6 | 78,6 | 78,8 | 78,6 | 78,5 | 21,4 | 21,4 | 21,2 | 21,4 | 21,5 | 17,1 | 17,1 | 18,2 | 17,5 | 17,6 |
| 43 | Гондурас | 5,6 | 5,7 | 5,9 | 6,2 | 6,2 | 51,9 | 50,8 | 52,5 | 52,1 | 51,2 | 48,1 | 49,2 | 47,5 | 47,9 | 48,8 | 14,1 | 13,7 | 13,6 | 14 | 14 |
| 44 | Гренада | 4,8 | 4,8 | 4,8 | 5,3 | 5,7 | 65,8 | 69,7 | 70,1 | 71,9 | 71 | 34,2 | 30,3 | 29,9 | 28,1 | 29 | 11,3 | 12,3 | 12,3 | 13,9 | 14,7 |
| 45 | Греция | 9,4 | 9,6 | 9,7 | 9,4 | 9,5 | 52,1 | 53,4 | 53,9 | 53,1 | 52,9 | 47,9 | 46,6 | 46,1 | 46,9 | 47,1 | 10,2 | 10,8 | 10,5 | 10,5 | 10,8 |
| 46 | Грузия | 2,4 | 2,5 | 3,4 | 3,7 | 3,8 | 45,4 | 37,6 | 33,3 | 37,4 | 27,1 | 54,6 | 62,4 | 66,7 | 62,6 | 72,9 | 5,1 | 4,3 | 5,9 | 6,8 | 5,8 |
| 47 | Дания | 8,4 | 8,5 | 8,4 | 8,6 | 8,8 | 82 | 82,2 | 82,4 | 82,7 | 82,9 | 18 | 17,8 | 17,6 | 17,4 | 17,1 | 11,9 | 12,4 | 12,6 | 12,9 | 13,1 |
| 48 | Демократическая Республика Конго | 3,8 | 3,2 | 3,8 | 3,5 | 4,1 | 9,9 | 7,2 | 7,4 | 18,2 | 30,2 | 90,1 | 92,8 | 92,6 | 81,8 | 69,8 | 3,7 | 2,6 | 3,7 | 13,5 | 16,4 |
| 49 | Джибути | 6,3 | 6,2 | 6,3 | 6,1 | 6,3 | 52,5 | 52,9 | 52,8 | 51,5 | 52,9 | 47,5 | 47,1 | 47,2 | 48,5 | 47,1 | 10 | 10 | 10,1 | 10,6 | 10,1 |
| 50 | Доминика | 5,8 | 6,2 | 5,8 | 6 | 6,4 | 73,3 | 74,3 | 71,5 | 71,3 | 71,3 | 26,7 | 25,7 | 28,5 | 28,7 | 28,7 | 11,8 | 12,8 | 12,8 | 10,5 | 12,2 |

| | Государства-члены | Внешние ресурсы здравоохранения как % от суммарных расходов на здравоохранение | | | | | Расходы на здравоохранение по линии социальной безопасности как % от суммарных государственных расходов на здравоохранение | | | | | Наличные платежи как % от частных расходов на здравоохранение | | | | | Частные программы обслуживания с предварительной оплатой как % от частных расходов на здравоохранение | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| 1 | Австралия | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 56,2 | 58 | 61,1 | 60,9 | 61,4 | 23,7 | 21,6 | 21,8 | 23,8 | 22,7 |
| 2 | Австрия | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 56,6 | 57,3 | 58 | 59,2 | 58,9 | 59 | 60 | 61,3 | 58 | 58 | 25,2 | 24,2 | 23,9 | 23,6 | 24,6 |
| 3 | Азербайджан | 0,8 | 1,1 | 2,2 | 4,2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 4 | Албания | 5,8 | 6,9 | 8,7 | 4,9 | 3,8 | 24,8 | 23,4 | 20,1 | 20 | 22,5 | 99,7 | 99,8 | 99,7 | 99,8 | 99,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | Алжир | 0 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 46,1 | 44,1 | 36,2 | 33,8 | 51,1 | 84 | 83,4 | 80,2 | 80 | 76,6 | 2,6 | 2,7 | 2,6 | 3,2 | 4,6 |
| 6 | Ангола | 6,2 | 9,2 | 14,9 | 11,8 | 7,9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | Андорра | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 60 | 87,5 | 88,1 | 86,2 | 84,9 | 95,2 | 95,6 | 96,1 | 92,6 | 96,6 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 8 | Антигуа и Барбуда | 3,9 | 3,8 | 3,8 | 3,4 | 1,1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 9 | Аргентина | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 60,3 | 59,2 | 59,9 | 58,4 | 56,7 | 63,8 | 64 | 63,3 | 62,4 | 62,4 | 32 | 31,9 | 32,6 | 31,1 | 31,1 |
| 10 | Армения | 11,7 | 19,6 | 20,9 | 24,8 | 18,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 89,5 | 78 | 79,5 | 75,1 | 83,5 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 11 | Афганистан | 1,7 | 1,9 | 2,4 | 5,3 | 42,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 99 | 99 | 99 | 99 | 80 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 12 | Багамские Острова | н/д | н/д | н/д | 0,2 | н/д | 2,2 | 1,8 | 1,8 | 2,3 | 2,1 | 40,3 | 40,3 | 40,3 | 40,3 | 40,3 | 58,6 | 58,6 | 58,6 | 58,6 | 58,6 |
| 13 | Бангладеш | 12,3 | 12,2 | 12,9 | 13,3 | 13,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 93 | 88,8 | 86,5 | 86 | 85,9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,1 |
| 14 | Барбадос | 4,5 | 4,2 | 4 | 4,4 | 4,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 76,5 | 77,2 | 77,3 | 76,9 | 77,2 | 23,5 | 22,8 | 22,7 | 23,1 | 22,8 |
| 15 | Бахрейн | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 74,1 | 73,5 | 70,2 | 70,4 | 69,2 | 22,6 | 23,2 | 26 | 25,9 | 26,9 |
| 16 | Беларусь | 0 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 6,6 | 7,6 | 8,1 | 7,4 | 7,7 | 74 | 70,6 | 70,4 | 74,7 | 79,7 | н/д | н/д | 0,3 | 0,1 | 0,2 |
| 17 | Белиз | 3,6 | 3,1 | 2,9 | 8,5 | 8 | 0 | 0 | 0 | 12,5 | 21,6 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 18 | Бельгия | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 89,3 | 86,6 | 82,2 | 77,7 | 77,7 | 84,4 | 83,9 | 84,2 | 86,8 | 86,3 | 6,8 | 6,8 | 6,5 | 6,7 | 6,7 |
| 19 | Бенин | 25,9 | 14,4 | 23,4 | 61,8 | 65,9 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д | 91,1 | 91 | 91 | 90,6 | 90,3 | 8,3 | 8,4 | 8,4 | 8,7 | 9 |
| 20 | Болгария | 0,1 | 0,5 | 1,9 | 1,5 | 1,4 | 0 | 9,4 | 11,8 | 36,2 | 34,1 | 98,6 | 99 | 99 | 99,2 | 98,4 | 0 | 0 | 0 | 0,1 | 0,9 |
| 21 | Боливия | 6,2 | 5,7 | 6 | 7,1 | 7 | 63,3 | 60,9 | 62 | 65,2 | 65 | 74,2 | 83,8 | 81,6 | 77,9 | 81,3 | 10,9 | 5,5 | 8,1 | 12 | 9,5 |
| 22 | Босния и Герцеговина | 9,5 | 3,9 | 5,2 | 3 | 1,8 | 78 | 79 | 78 | 79 | 80 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 23 | Ботсвана | 2,4 | 2,2 | 1,9 | 2,5 | 3,8 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д | 28,8 | 30,3 | 31,3 | 31,9 | 30,8 | 23,8 | 22,7 | 20,6 | 20,2 | 19,9 |
| 24 | Бразилия | 0,3 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 66,9 | 67,1 | 64,9 | 64,1 | 64,2 | 33,1 | 32,9 | 35,1 | 35,9 | 35,8 |
| 25 | Бруней-Даруссалам | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 26 | Буркина-Фасо | 13,2 | 13,2 | 11,8 | 6,6 | 5,8 | 0,8 | 0,4 | 0,9 | 1,4 | 0,9 | 99 | 99 | 99 | 98,9 | 98,9 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 27 | Бурунди | 18,6 | 18 | 14,5 | 15,8 | 16,2 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 28 | Бутан | 17,9 | 36,8 | 17,1 | 18,5 | 18,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 29 | Бывшая Югославская Республика Македония | 3,2 | 4,2 | 1,3 | 4 | 0,9 | 98 | 97,4 | 97,4 | 97,1 | 97,4 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 30 | Вануату | 26 | 26,4 | 26,7 | 19,5 | 19,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 51 | 47,8 | 49,9 | 46,3 | 45,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 31 | Венгрия | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 83,4 | 83,8 | 83,9 | 83,3 | 81,3 | 88,4 | 90 | 89,8 | 89,3 | 88,2 | 0,2 | 0,3 | 0,6 | 1 | 1,3 |
| 32 | Венесуэла (Боливарианская Республика) | 1,2 | 1 | 0,4 | 0,1 | 0,1 | 18,6 | 25 | 28,5 | 33,6 | 30,8 | 89,7 | 88,5 | 87 | 87,4 | 87,2 | 4,8 | 4 | 3,7 | 3,7 | 4,1 |
| 33 | Вьетнам | 2,8 | 3,4 | 2,7 | 2,6 | 1,8 | 11,5 | 9,5 | 10,5 | 10,4 | 10,3 | 89,7 | 86,5 | 87,7 | 87,6 | 87,6 | 3,4 | 3,7 | 4,2 | 4,2 | 4,2 |
| 34 | Габон | 3,6 | 3,1 | 1,2 | 1,6 | 2,8 | 2,2 | 3,1 | 3,1 | 2,8 | 2,8 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 35 | Гаити | 26 | 27,3 | 27,9 | 23,6 | 15,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 67,1 | 68,9 | 68,9 | 71 | 69,5 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 36 | Гайана | 3,6 | 4 | 3,1 | 2,2 | 2,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 37 | Гамбия | 26,2 | 31,6 | 39 | 33,5 | 40,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 68,5 | 65,1 | 64,4 | 64,6 | 64,3 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 38 | Гана | 6,2 | 6,1 | 12,1 | 17,6 | 18,5 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 39 | Гватемала | 5,4 | 5,3 | 4,5 | 1,4 | 4,4 | 55,3 | 54,8 | 54,8 | 54,1 | 56,4 | 93,2 | 85,6 | 86,2 | 85,7 | 86,2 | 4,5 | 5,4 | 5,2 | 5,3 | 5,2 |
| 40 | Гвинея | 12,7 | 13,5 | 13,8 | 12,5 | 9,5 | 1,6 | 1,5 | 1,4 | 1,5 | 1,4 | 99,4 | 99,4 | 99,4 | 99,4 | 99,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 41 | Гвинея-Биссау | 25,2 | 29,4 | 30,7 | 31,8 | 35,9 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 42 | Германия | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 87 | 87,2 | 87,3 | 87,1 | 87,4 | 52,4 | 50,8 | 49,7 | 49,6 | 48,2 | 37,3 | 38,2 | 39,2 | 39,2 | 39,9 |
| 43 | Гондурас | 10,1 | 13,1 | 9,5 | 6,3 | 8 | 15,9 | 16,6 | 16,5 | 17,3 | 17,3 | 85,5 | 85,6 | 85,4 | 85,4 | 85,4 | 7,2 | 7,2 | 7,3 | 7,2 | 7,3 |
| 44 | Гренада | 0,9 | н/д | н/д | н/д | 13,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 45 | Греция | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д | 37,5 | 35,4 | 32,3 | 36,5 | 35,6 | 71 | 69,5 | 69,1 | 68,8 | 66,9 | 4,2 | 4,1 | 4,1 | 4,1 | 3,9 |
| 46 | Грузия | 5 | 8,1 | 11 | 13,8 | 12,6 | 39,3 | 54,4 | 47,9 | 42,3 | 27,6 | 99,6 | 99,4 | 98,9 | 96,9 | 98,7 | 0,4 | 0,6 | 1,1 | 3,1 | 1,3 |
| 47 | Дания | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 92 | 90,4 | 90,3 | 90,8 | 89,8 | 8 | 9,6 | 9 | 9,2 | 9,4 |
| 48 | Демократическая Республика Конго | 6,4 | 3,6 | 4,8 | 16,4 | 27,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 49 | Джибути | 10,2 | 10,5 | 11,8 | 15,5 | 20,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 54,5 | 53,6 | 53,4 | 53,3 | 52,9 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 50 | Доминика | 2,3 | 2,1 | 1,3 | 0,9 | 0,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |

## Таблица 5 приложения. Отдельные показатели национальных счетов здравоохранения: выявленные уровни расходов на охрану здоровья, 1998–2002 гг.

Для обеспечения сопоставимости приведены оценочные данные ВОЗ[a]; они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | | Суммарные расходы на здравоохранение как % от валового внутреннего продукта | | | | | Общие государственные расходы на здравоохранение как % от суммарных расходов на здравоохранение[b] | | | | | Частные расходы на здравоохранение как % от суммарных расходов на здравоохранение[b] | | | | | Общие государственные расходы на здравоохранение как % от общих государственных расходов | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Государства-члены | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| 51 | Доминиканская Республика | 5,8 | 5,7 | 6,2 | 6,1 | 6,1 | 31,4 | 32,1 | 35,2 | 35,6 | 36,4 | 68,6 | 67,9 | 64,8 | 64,4 | 63,6 | 11,8 | 11,3 | 14,6 | 13,5 | 11,7 |
| 52 | Египет | 5 | 4,9 | 5 | 5,1 | 4,9 | 34,7 | 35,9 | 35,3 | 37,8 | 36,6 | 65,3 | 64,1 | 64,7 | 62,2 | 63,4 | 6,8 | 5,9 | 5,8 | 6,4 | 6 |
| 53 | Замбия | 6,6 | 5,5 | 5,4 | 5,7 | 5,8 | 53,7 | 51,2 | 52,2 | 52,8 | 52,9 | 46,3 | 48,8 | 47,8 | 47,2 | 47,1 | 11,5 | 9,9 | 8,5 | 9,4 | 11,3 |
| 54 | Зимбабве | 11,4 | 8,1 | 7,9 | 7,7 | 8,5 | 55,9 | 48,9 | 52,2 | 47,4 | 51,6 | 44,1 | 51,1 | 47,8 | 52,6 | 48,4 | 12,2 | 10,4 | 8,3 | 9,6 | 12,2 |
| 55 | Израиль | 8,4 | 8,5 | 8,5 | 9,6 | 9,1 | 72,1 | 69,4 | 67,2 | 66,5 | 65,7 | 27,9 | 30,6 | 32,8 | 33,5 | 34,3 | 11,5 | 11,2 | 11,1 | 11,8 | 10,9 |
| 56 | Индия | 5,2 | 5,7 | 6,3 | 6,1 | 6,1 | 26,5 | 23,6 | 20,9 | 20,7 | 21,3 | 73,5 | 76,4 | 79,1 | 79,3 | 78,7 | 5,2 | 4,8 | 4,6 | 4,4 | 4,4 |
| 57 | Индонезия[c] | 2,5 | 2,6 | 2,8 | 3 | 3,2 | 27,8 | 29,6 | 25,4 | 35,8 | 36 | 72,2 | 70,4 | 74,6 | 64,2 | 64 | 3,3 | 3,8 | 3,5 | 4,7 | 5,4 |
| 58 | Иордания | 8,6 | 8,9 | 9,2 | 9,4 | 9,3 | 53,6 | 48,2 | 45,2 | 45,7 | 46,1 | 46,4 | 51,8 | 54,8 | 54,3 | 53,9 | 12,5 | 12,1 | 12,1 | 12,5 | 12,5 |
| 59 | Ирак[d] | 2 | 1,9 | 1,7 | 1,6 | 1,5 | 51 | 39,6 | 29,1 | 27,1 | 16,9 | 49 | 60,4 | 70,9 | 72,9 | 83,1 | 1,9 | 1,2 | 1,3 | 1,2 | 0,7 |
| 60 | Иран (Исламская Республика) | 5,8 | 5,9 | 5,7 | 6,1 | 6 | 45,3 | 43,4 | 41,6 | 44,3 | 47,8 | 54,7 | 56,6 | 58,4 | 55,7 | 52,2 | 10,9 | 10,9 | 11 | 11,1 | 9 |
| 61 | Ирландия | 6,2 | 6,3 | 6,4 | 6,9 | 7,3 | 76,5 | 72,8 | 73,3 | 75,6 | 75,2 | 23,5 | 27,2 | 26,7 | 24,4 | 24,8 | 13,6 | 13,2 | 14,5 | 15,5 | 16,4 |
| 62 | Исландия | 8,6 | 9,4 | 9,2 | 9,2 | 9,9 | 83 | 83,9 | 83,6 | 83,2 | 84 | 17 | 16,1 | 16,4 | 16,8 | 16 | 16,8 | 18,1 | 17,8 | 17,4 | 18,1 |
| 63 | Испания | 7,5 | 7,5 | 7,5 | 7,5 | 7,6 | 72,2 | 72 | 71,6 | 71,4 | 71,3 | 27,8 | 28 | 28,4 | 28,6 | 28,7 | 13,1 | 13,4 | 13,3 | 13,6 | 13,6 |
| 64 | Италия | 7,7 | 7,8 | 8,1 | 8,3 | 8,5 | 71,8 | 72,3 | 73,7 | 76 | 75,6 | 28,2 | 27,7 | 26,3 | 24 | 24,4 | 11,1 | 11,5 | 12,8 | 13 | 13,3 |
| 65 | Йемен | 4,9 | 4,3 | 4,3 | 4,5 | 3,7 | 34,7 | 33,7 | 35,9 | 33,5 | 27,2 | 65,3 | 66,3 | 64,1 | 66,5 | 72,8 | 5,1 | 5 | 4,9 | 4,6 | 3,5 |
| 66 | Кабо-Верде | 5,1 | 4,5 | 4,6 | 5 | 5 | 75,3 | 73,9 | 73,5 | 75,8 | 75,1 | 24,7 | 26,1 | 26,5 | 24,2 | 24,9 | 10,2 | 9 | 9,6 | 12,4 | 11,1 |
| 67 | Казахстан | 3,8 | 4,3 | 4,1 | 3,4 | 3,5 | 55,1 | 51,9 | 50,9 | 56,4 | 53,2 | 44,9 | 48,1 | 49,1 | 43,6 | 46,8 | 9,7 | 9,6 | 9 | 8,2 | 8,9 |
| 68 | Камбоджа | 10,5 | 10,8 | 11,8 | 11,8 | 12 | 10,1 | 10,1 | 14,2 | 14,9 | 17,1 | 89,9 | 89,9 | 85,8 | 85,1 | 82,9 | 11,8 | 11,3 | 15,7 | 16 | 18,6 |
| 69 | Камерун | 4,4 | 4,9 | 4,7 | 4,5 | 4,6 | 17 | 24,4 | 27,8 | 26,2 | 26,2 | 83 | 75,6 | 72,2 | 73,8 | 73,8 | 4,6 | 7,2 | 9,5 | 7,4 | 7,9 |
| 70 | Канада | 9,2 | 9 | 8,9 | 9,4 | 9,6 | 70,6 | 70,3 | 70,4 | 70,1 | 69,9 | 29,4 | 29,7 | 29,6 | 29,9 | 30,1 | 14,3 | 14,7 | 15,2 | 15,8 | 15,9 |
| 71 | Катар | 4 | 3,5 | 2,8 | 2,9 | 3,1 | 76,9 | 76,2 | 75,6 | 75,5 | 78,2 | 23,1 | 23,8 | 24,4 | 24,5 | 21,8 | 6,8 | 6,9 | 6,7 | 6,8 | 6,8 |
| 72 | Кения | 4,9 | 4,6 | 5,3 | 4,9 | 4,9 | 45,2 | 41,1 | 46,5 | 42,8 | 44 | 54,8 | 58,9 | 53,5 | 57,2 | 56 | 8 | 6,5 | 10,2 | 7,7 | 8,4 |
| 73 | Кипр | 6,1 | 6,2 | 6,3 | 6,6 | 7 | 39,5 | 38,7 | 37,6 | 38,4 | 41,3 | 60,5 | 61,3 | 62,4 | 61,6 | 58,7 | 6,2 | 6,2 | 6,1 | 6,3 | 6,8 |
| 74 | Кирибати | 8,3 | 7,5 | 7,8 | 7,3 | 8 | 99 | 98,9 | 98,8 | 98,7 | 98,8 | 1 | 1,1 | 1,2 | 1,3 | 1,2 | 10,9 | 9,7 | 10 | 9,3 | 10,2 |
| 75 | Китай | 4,8 | 5,1 | 5,6 | 5,7 | 5,8 | 39 | 38 | 34,6 | 35,5 | 33,7 | 61 | 62 | 65,4 | 64,5 | 66,3 | 13,3 | 11,8 | 10,3 | 10 | 10 |
| 76 | Колумбия | 9,9 | 9,7 | 8 | 8,3 | 8,1 | 67,5 | 73,2 | 77,9 | 80,7 | 82,9 | 32,5 | 26,8 | 22,1 | 19,3 | 17,1 | 24,9 | 23,2 | 21,4 | 20,1 | 20,4 |
| 77 | Коморские Острова | 3,4 | 3,2 | 2,7 | 2,3 | 2,9 | 63,4 | 60,8 | 54,9 | 46,9 | 58 | 36,6 | 39,2 | 45,1 | 53,1 | 42 | 8,8 | 11,2 | 9,6 | 6 | 8,2 |
| 78 | Конго | 3,3 | 2,7 | 2,1 | 2,1 | 2,2 | 72,4 | 68,4 | 70,2 | 69 | 70,3 | 27,6 | 31,6 | 29,8 | 31 | 29,7 | 5,6 | 5,7 | 5,6 | 5,7 | 6 |
| 79 | Корейская Народно-Демократическая Республика | 3,5 | 4,2 | 4,5 | 4,6 | 4,6 | 76,9 | 75,3 | 73,5 | 73,4 | 76,6 | 23,1 | 24,7 | 26,5 | 26,6 | 23,4 | 3,3 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 80 | Коста-Рика | 8,1 | 7,9 | 8,3 | 8,8 | 9,3 | 69,3 | 68,1 | 66,7 | 65,2 | 65,4 | 30,7 | 31,9 | 33,3 | 34,8 | 34,6 | 24,1 | 24,6 | 24,2 | 23,3 | 24,4 |
| 81 | Кот-д'Ивуар | 6,4 | 6,1 | 6,3 | 6,2 | 6,2 | 24,6 | 23,2 | 21,3 | 20,1 | 22,4 | 75,4 | 76,8 | 78,7 | 79,9 | 77,6 | 7,6 | 7,2 | 7,5 | 7,5 | 7,2 |
| 82 | Куба | 6,6 | 7,1 | 7,1 | 7,3 | 7,5 | 84,7 | 85,5 | 85,8 | 86 | 86,5 | 15,3 | 14,5 | 14,2 | 14 | 13,5 | 10,3 | 11,1 | 10,8 | 11,4 | 11,3 |
| 83 | Кувейт | 4,4 | 3,8 | 3,1 | 3,7 | 3,8 | 78,4 | 77,7 | 76,4 | 77,1 | 75,2 | 21,6 | 22,3 | 23,6 | 22,9 | 24,8 | 6,6 | 6,6 | 6,3 | 6,2 | 5,6 |
| 84 | Кыргызстан | 5,8 | 5,1 | 4,4 | 4,1 | 4,3 | 50,5 | 49,4 | 50 | 50,2 | 51,2 | 49,5 | 50,6 | 50 | 49,8 | 48,8 | 10,5 | 10,6 | 10,1 | 9,5 | 10,2 |
| 85 | Лаосская Народно-Демократическая Республика | 2,5 | 3 | 2,9 | 3,1 | 2,9 | 48,6 | 49,4 | 53,3 | 55,5 | 50,9 | 51,4 | 50,6 | 46,7 | 44,5 | 49,1 | 5,7 | 8,8 | 7,6 | 8,7 | 8,7 |
| 86 | Латвия | 5,8 | 5,9 | 5,6 | 5,4 | 5,1 | 65,5 | 64 | 58,8 | 58,3 | 64,1 | 34,5 | 36 | 41,2 | 41,7 | 35,9 | 9,4 | 9,2 | 8,9 | 9,1 | 9,3 |
| 87 | Лесото | 5,5 | 5,3 | 5,7 | 5,6 | 6,2 | 83,8 | 83 | 84,4 | 83,7 | 84,9 | 16,2 | 17 | 15,6 | 16,3 | 15,1 | 9,4 | 7,2 | 10 | 10,3 | 10,9 |
| 88 | Либерия | 5,3 | 5,2 | 3,7 | 2,9 | 2,1 | 80,4 | 81,4 | 74,7 | 71 | 68 | 19,6 | 18,6 | 25,3 | 29 | 32 | 9,9 | 11,4 | 7,8 | 5,9 | 5,5 |
| 89 | Ливан | 12,2 | 11,7 | 12 | 11,9 | 11,5 | 27,5 | 27,5 | 30,1 | 29,9 | 30,1 | 72,5 | 72,5 | 69,9 | 70,1 | 69,9 | 10,4 | 9,5 | 8,6 | 10,5 | 9,1 |
| 90 | Ливийская Арабская Джамахирия | 3,7 | 3,5 | 2,8 | 3,2 | 3,3 | 49,6 | 49,1 | 51,5 | 50,9 | 47,2 | 50,4 | 50,9 | 48,5 | 49,1 | 52,8 | 5,3 | 5,6 | 4,9 | 5 | 5 |
| 91 | Литва | 6,2 | 6,3 | 6,5 | 6,3 | 5,9 | 76 | 74,9 | 69,7 | 72,6 | 72,6 | 24 | 25,1 | 30,3 | 27,4 | 27,4 | 14,8 | 12,2 | 14,6 | 15,2 | 14 |
| 92 | Люксембург | 5,9 | 6,2 | 5,5 | 5,9 | 6,2 | 90,9 | 89,7 | 89,7 | 89,8 | 85,4 | 9,1 | 10,1 | 10,3 | 10,2 | 14,6 | 12,8 | 13,5 | 12,9 | 13,5 | 12 |
| 93 | Маврикий | 2,8 | 3 | 2,8 | 2,8 | 2,9 | 68 | 71,5 | 72,8 | 75 | 76,9 | 32 | 28,5 | 27,2 | 25 | 23,1 | 7 | 7,2 | 6,6 | 7,6 | 8,3 |
| 94 | Мавритания | 2,7 | 2,7 | 2,5 | 2,9 | 3,9 | 63,9 | 64,2 | 63,3 | 67,9 | 74,2 | 36,1 | 35,8 | 36,7 | 32,1 | 25,8 | 6,9 | 7 | 6,5 | 8 | 10,1 |
| 95 | Мадагаскар | 2,2 | 2,2 | 2,1 | 1,9 | 2,1 | 56,5 | 53,7 | 52,7 | 64,1 | 55 | 43,5 | 46,3 | 47,3 | 35,9 | 45 | 7,4 | 6,9 | 6,5 | 7,1 | 8 |
| 96 | Малави | 8,5 | 8,5 | 8,2 | 9,4 | 9,8 | 35,5 | 33,7 | 34,4 | 43,6 | 41,1 | 64,5 | 66,3 | 65,6 | 56,4 | 58,9 | 10,6 | 9,7 | 7,6 | 9,9 | 9,7 |
| 97 | Малайзия | 3 | 3,1 | 3,3 | 3,8 | 3,8 | 51,6 | 52,9 | 53,1 | 53,7 | 53,8 | 48,4 | 47,1 | 46,9 | 46,3 | 46,2 | 5,1 | 6 | 6,1 | 6,5 | 6,9 |
| 98 | Мали | 4,2 | 4,1 | 4,7 | 4,4 | 4,5 | 45,7 | 42,9 | 49,7 | 50,1 | 50,8 | 54,3 | 57,1 | 50,3 | 49,9 | 49,2 | 7,6 | 6,6 | 8,5 | 8,2 | 9 |
| 99 | Мальдивские Острова | 5,5 | 5,6 | 5,9 | 6 | 5,8 | 85 | 85,2 | 86,9 | 87,5 | 87,7 | 15 | 14,8 | 13,1 | 12,5 | 12,3 | 13,3 | 13,2 | 13,7 | 13,8 | 12,5 |

| | Государства-члены | Внешние ресурсы здравоохранения как % от суммарных расходов на здравоохранение | | | | | Расходы на здравоохранение по линии социальной безопасности как % от суммарных государственных расходов на здравоохранение | | | | | Наличные платежи как % от частных расходов на здравоохранение | | | | | Частные программы обслуживания с предварительной оплатой как % от частных расходов на здравоохранение | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| 51 | Доминиканская Республика | 3,2 | 3,2 | 2,4 | 1,8 | 1,4 | 21,4 | 20,3 | 22,4 | 22,6 | 20,3 | 88,4 | 88,4 | 88,4 | 88,4 | 88,2 | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,4 |
| 52 | Египет | 1,4 | 1,6 | 1,9 | 1,9 | 1,6 | 20,9 | 20,3 | 20 | 19,9 | 22 | 92,5 | 92,3 | 92,3 | 92,3 | 92 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 |
| 53 | Замбия | 23,9 | 20,3 | 18,5 | 14 | 18,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 62,7 | 81,3 | 79,2 | 76,4 | 75,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 54 | Зимбабве | 17,5 | 15,7 | 11,4 | 6,6 | 2,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 75,2 | 44,9 | 42,8 | 47,4 | 47,3 | 16,4 | 39,6 | 42,2 | 38,5 | 38,8 |
| 55 | Израиль | 0 | 1,6 | 2,6 | 3,6 | 3,9 | 65,1 | 63,4 | 62,5 | 61,7 | 62,4 | 100 | 94,8 | 92,1 | 89,3 | 87,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 56 | Индия | 2,8 | 1,1 | 1,7 | 0,4 | 1 | 3,8 | 4,2 | 4,1 | 4,1 | 4,6 | 98,4 | 98,6 | 98,8 | 98,5 | 98,5 | 0,4 | 0,5 | 0,5 | 0,6 | 0,7 |
| 57 | Индонезия[c] | 8,3 | 8,3 | 6,6 | 2,9 | 1,8 | 8,7 | 6,8 | 6,8 | 8 | 9,3 | 74,3 | 70,6 | 72,8 | 76 | 76,1 | 6,7 | 10,4 | 8,2 | 4,1 | 5,2 |
| 58 | Иордания | 7,1 | 6,6 | 5,9 | 5,7 | 5,2 | 0,8 | 0,8 | 0,9 | 0,7 | 0,7 | 86,7 | 73,5 | 74,7 | 74,5 | 74,3 | 5,1 | 5,3 | 5,5 | 7,3 | 7,1 |
| 59 | Ирак[d] | 0,3 | 1 | 0,9 | 1,5 | 0,6 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 60 | Иран (Исламская Республика) | 0 | 0 | 0,1 | 0,4 | 0,3 | 41,6 | 41,1 | 42,8 | 41 | 37 | 97,4 | 96,2 | 96,6 | 97,3 | 96,4 | 1,7 | 2,7 | 2,5 | 1,9 | 2,9 |
| 61 | Ирландия | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,1 | 1,1 | 1,2 | 0,9 | 0,8 | 45,6 | 51,4 | 50,5 | 48,8 | 53 | 38,1 | 29,3 | 28,4 | 26 | 21,6 |
| 62 | Исландия | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 29,8 | 26,8 | 29,2 | 28 | 27 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 63 | Испания | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11,8 | 9,4 | 9,6 | 9,2 | 7,2 | 83,6 | 83,3 | 83,1 | 82,9 | 82,5 | 13,1 | 13,4 | 13,6 | 14 | 14,5 |
| 64 | Италия | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,1 | 86,9 | 86,7 | 86,2 | 83,9 | 83,3 | 3,3 | 3,4 | 3,4 | 3,7 | 3,7 |
| 65 | Йемен | 7,7 | 5,3 | 4,7 | 3,6 | 3 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д | 87,7 | 86,6 | 85,9 | 86,8 | 85,8 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 66 | Кабо-Верде | 7,6 | 8,4 | 13,5 | 15,1 | 19,3 | 30,2 | 36,9 | 36,1 | 35,1 | 33,6 | 99,9 | 99,7 | 99,6 | 99,5 | 99,8 | 0,1 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,2 |
| 67 | Казахстан | 0,7 | 0,8 | 0,7 | 0,7 | 0,6 | 28,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 68 | Камбоджа | 12,4 | 13,4 | 18,8 | 19,7 | 4,9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 89,6 | 90,1 | 85,4 | 84,6 | 85,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 69 | Камерун | 5,9 | 5,2 | 6,1 | 7 | 6,4 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 94,1 | 94,2 | 93,7 | 93,6 | 93,7 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 70 | Канада | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,8 | 1,9 | 2 | 2 | 2,1 | 55,2 | 55,1 | 53,7 | 51 | 50,3 | 38,1 | 37,9 | 38,9 | 41,4 | 42,1 |
| 71 | Катар | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 87 | 86,7 | 86,2 | 85,7 | 85,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 72 | Кения | 12,8 | 13,3 | 13,2 | 17,2 | 16,4 | 6,2 | 16,7 | 11,7 | 14,8 | 9,2 | 79,6 | 79,3 | 80,1 | 80,5 | 80 | 7,4 | 7,4 | 7,1 | 6,8 | 6,9 |
| 73 | Кипр | 0 | 0 | 0 | 2,6 | 2,3 | 0 | 0 | 0 | 0,1 | 0 | 98,7 | 98,4 | 97,8 | 97,9 | 97,9 | 1,3 | 1,6 | 2,2 | 2,1 | 2,1 |
| 74 | Кирибати | н/д | н/д | 2,2 | 4,7 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 75 | Китай | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 53 | 51,4 | 50,7 | 50,7 | 50,8 | 94 | 94,9 | 95,6 | 95,7 | 96,3 | 0,6 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,4 |
| 76 | Колумбия | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,1 | 0 | 62,3 | 63,2 | 60,2 | 61 | 59,3 | 84 | 76,5 | 66,1 | 61,1 | 57 | 10,7 | 15,3 | 22,8 | 26,2 | 31,4 |
| 77 | Коморские Острова | 50,8 | 47,6 | 35,9 | 25,7 | 43 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 78 | Конго | 3,4 | 2,5 | 2,1 | 2,3 | 2,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 79 | Корейская Народно-Демократическая Республика | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 59 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 80 | Коста-Рика | 0,8 | 0,7 | 0,8 | 1,5 | 1,3 | 78,7 | 79,8 | 80,7 | 82,2 | 82,9 | 98,4 | 98,7 | 98,8 | 98,9 | 99 | 1,6 | 1,3 | 1,2 | 1,1 | 1 |
| 81 | Кот-д'Ивуар | 3,1 | 3,3 | 3,4 | 2,7 | 2,2 | 22,3 | 23,7 | 22,6 | 22,6 | 23,5 | 94,5 | 94,5 | 94,7 | 94,7 | 94,6 | 5,5 | 5,5 | 5,3 | 5,3 | 5,4 |
| 82 | Куба | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 78,5 | 76 | 75,6 | 75,2 | 75,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 83 | Кувейт | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 96,8 | 96,5 | 95,3 | 95,3 | 94,3 | 3,2 | 3,5 | 4,7 | 4,7 | 5,7 |
| 84 | Кыргызстан | 10,3 | 15,4 | 16,4 | 15,6 | 14 | 3,4 | 8 | 9,2 | 9,7 | 9 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 85 | Лаосская Народно-Демократическая Республика | 20,4 | 19,5 | 19,7 | 21,1 | 9,6 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 86 | Латвия | 0,8 | 0,7 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 49,3 | 50 | 57 | 52 | 49,6 | 100 | 100 | 100 | 99,1 | 99 | 0 | 0 | 0 | 0,9 | 1 |
| 87 | Лесото | 4,2 | 3,7 | 11,1 | 16,5 | 20,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9,1 | 8 | 7,5 | 8,5 | 7 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 88 | Либерия | 67,1 | 67 | 56,4 | 44 | 40,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 97,1 | 97,2 | 96,2 | 96,2 | 95,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 89 | Ливан | 2 | 1 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 45,5 | 45,5 | 43,9 | 43 | 43,7 | 82,3 | 82,3 | 80,3 | 80,3 | 80 | 15,4 | 15,4 | 17,2 | 17,2 | 17,5 |
| 90 | Ливийская Арабская Джамахирия | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 91 | Литва | 0 | 0,6 | 0,7 | 0,7 | 0,6 | 89,9 | 89,8 | 88,3 | 84,3 | 86,2 | 95,8 | 99,6 | 86,2 | 97 | 98,2 | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,2 | 0,5 |
| 92 | Люксембург | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 82,7 | 93,1 | 94 | 94,4 | 94 | 82,4 | 72,6 | 72,7 | 74,2 | 81,8 | 17,6 | 13,7 | 14 | 13,6 | 9,4 |
| 93 | Маврикий | 1,4 | 1,2 | 1,1 | 1,6 | 1,8 | 6,3 | 5,8 | 7,3 | 7,7 | 7,2 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 94 | Мавритания | 5,8 | 5,5 | 5,7 | 4,9 | 3,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 95 | Мадагаскар | 34,8 | 40,5 | 43,1 | 38,8 | 32,2 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д | 89,2 | 89,7 | 89,7 | 85 | 88,8 | 10,8 | 10,3 | 10,3 | 15 | 11,2 |
| 96 | Малави | 29,8 | 37 | 39,2 | 32,9 | 37,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40,4 | 43,1 | 42,3 | 42,8 | 42,6 | 1,8 | 1,8 | 1,8 | 1,9 | 1,7 |
| 97 | Малайзия | 1,1 | 1 | 0,8 | 0 | 0 | 0,9 | 1 | 0,9 | 1,1 | 1 | 94,2 | 93,9 | 93,4 | 92,8 | 92,8 | 5,8 | 6,1 | 6,6 | 7,2 | 7,2 |
| 98 | Мали | 24,2 | 18,8 | 24,2 | 20,8 | 18,2 | 18 | 24 | 21,8 | 22,9 | 27,7 | 89,3 | 89,3 | 89,4 | 89,1 | 88,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 99 | Мальдивские Острова | 12,6 | 7,7 | 3,3 | 1,8 | 3,4 | 24,1 | 21,3 | 20,5 | 24,9 | 23,8 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

## Таблица 5 приложения. Отдельные показатели национальных счетов здравоохранения: выявленные уровни расходов на охрану здоровья, 1998–2002 гг.

Для обеспечения сопоставимости приведены оценочные данные ВОЗ[a]; они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | Государства-члены | Суммарные расходы на здравоохранение как % от валового внутреннего продукта | | | | | Общие государственные расходы на здравоохранение как % от суммарных расходов на здравоохранение[b] | | | | | Частные расходы на здравоохранение как % от суммарных расходов на здравоохранение[b] | | | | | Общие государственные расходы на здравоохранение как % от общих государственных расходов | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| 100 | Мальта | 8,4 | 8,3 | 8,8 | 9 | 9,7 | 69 | 67,5 | 68,4 | 71,3 | 71,8 | 31 | 32,5 | 31,6 | 28,7 | 28,2 | 11,9 | 11,8 | 13,1 | 13,6 | 14,3 |
| 101 | Марокко | 4,4 | 4,4 | 4,7 | 4,6 | 4,6 | 28,3 | 29,1 | 33,9 | 32,5 | 32,8 | 71,7 | 70,9 | 66,1 | 67,5 | 67,2 | 4,1 | 4 | 4,6 | 4,2 | 4,9 |
| 102 | Маршалловы Острова | 9,7 | 9,5 | 9,8 | 9,8 | 10,6 | 66,4 | 65,2 | 65 | 64,7 | 67,3 | 33,6 | 34,8 | 35 | 35,3 | 32,7 | 10,9 | 10,8 | 9,6 | 9,6 | 10,9 |
| 103 | Мексика | 5,4 | 5,6 | 5,6 | 6 | 6,1 | 46 | 47,8 | 46,6 | 44,8 | 44,9 | 54 | 52,2 | 53,4 | 55,2 | 55,1 | 15,8 | 17,3 | 16,6 | 16,7 | 16,6 |
| 104 | Микронезия (Федеративные Штаты) | 6,6 | 6,4 | 6,5 | 6,5 | 6,5 | 88,2 | 88 | 86,8 | 86,9 | 88,2 | 11,8 | 12 | 13,2 | 13,1 | 11,8 | 7,9 | 7,9 | 8 | 8,8 | 8,8 |
| 105 | Мозамбик | 4,1 | 4,5 | 5,1 | 5,5 | 5,8 | 57,7 | 61,9 | 66,5 | 69,8 | 71 | 42,3 | 38,1 | 33,5 | 30,2 | 29 | 12,2 | 14,2 | 16,3 | 18,2 | 19,9 |
| 106 | Монако | 10,5 | 8,5 | 10,2 | 9,8 | 11 | 75,7 | 73,5 | 75,7 | 76,6 | 79,6 | 24,3 | 26,5 | 24,3 | 23,4 | 20,4 | 13,2 | 10,3 | 12,9 | 12,5 | 14,6 |
| 107 | Монголия | 6,2 | 6,1 | 6,3 | 6,4 | 6,6 | 65,4 | 66,5 | 70,3 | 72,3 | 70,4 | 34,6 | 33,5 | 29,7 | 27,7 | 29,6 | 9 | 9,8 | 10,5 | 10,5 | 10,6 |
| 108 | Мьянма | 1,8 | 1,8 | 2,2 | 2,1 | 2,2 | 10,6 | 11 | 13,7 | 12,5 | 18,5 | 89,4 | 89 | 86,3 | 87,5 | 81,5 | 0,7 | 0,8 | 1,2 | 1,3 | 2,3 |
| 109 | Намибия | 6,8 | 7 | 6,9 | 6,9 | 6,7 | 72,4 | 73,3 | 68,9 | 71,1 | 70,1 | 27,6 | 26,7 | 31,1 | 28,9 | 29,9 | 13,2 | 13,1 | 12,4 | 13 | 12,9 |
| 110 | Науру | 7,9 | 7,7 | 7,7 | 7,5 | 7,6 | 89 | 89,1 | 88,9 | 88,7 | 88,8 | 11 | 10,9 | 11,1 | 11,3 | 11,2 | 9,1 | 9,2 | 9,2 | 9,1 | 9,2 |
| 111 | Непал | 5,1 | 4,8 | 4,7 | 4,9 | 5,2 | 25,6 | 21,4 | 21 | 24,7 | 27,2 | 74,4 | 78,6 | 79 | 75,3 | 72,8 | 7 | 5,9 | 5,6 | 6,2 | 7,5 |
| 112 | Нигер | 3,9 | 4,5 | 4,5 | 4,3 | 4 | 40,2 | 50,2 | 50,8 | 49 | 50,8 | 59,8 | 49,8 | 49,2 | 51 | 49,2 | 9,2 | 12,5 | 12,3 | 10,8 | 10 |
| 113 | Нигерия | 5,5 | 5,4 | 4,4 | 4,5 | 4,7 | 26,1 | 29,1 | 33,5 | 31,4 | 25,6 | 73,9 | 70,9 | 66,5 | 68,6 | 74,4 | 7,1 | 5,4 | 5,9 | 3,4 | 3,3 |
| 114 | Нидерланды | 7,9 | 8 | 7,9 | 8,3 | 8,8 | 67,2 | 65,9 | 66,5 | 65,9 | 65,6 | 32,8 | 34,1 | 33,5 | 34,1 | 34,4 | 11,2 | 11,2 | 11,5 | 11,7 | 12,2 |
| 115 | Никарагуа | 7,3 | 6,9 | 7,6 | 7,6 | 7,9 | 49,3 | 45,8 | 49,3 | 49,2 | 49,1 | 50,7 | 54,2 | 50,7 | 50,8 | 50,9 | 15,3 | 11,2 | 13,1 | 12,9 | 15,2 |
| 116 | Ниуэ | 7,8 | 7,9 | 7,6 | 9,3 | 9,7 | 98,4 | 98,4 | 98,4 | 98,4 | 98,4 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 12,8 | 12,9 | 12,4 | 15,2 | 16 |
| 117 | Новая Зеландия | 7,9 | 7,8 | 7,9 | 8 | 8,5 | 77 | 77,5 | 78 | 76,4 | 77,9 | 23 | 22,5 | 22 | 23,6 | 22,1 | 13,5 | 13,9 | 14,5 | 14,5 | 15,5 |
| 118 | Норвегия | 8,5 | 8,5 | 7,7 | 8,9 | 9,6 | 84,7 | 85,2 | 85 | 83,4 | 83,5 | 15,3 | 14,8 | 15 | 16,6 | 16,5 | 15,6 | 16,3 | 16,5 | 18,1 | 18,1 |
| 119 | Объединенная Республика Танзания | 4,6 | 4,6 | 4,8 | 5,2 | 4,9 | 49,3 | 47,8 | 51,6 | 55,3 | 54,8 | 50,7 | 52,2 | 48,4 | 44,7 | 45,2 | 14,3 | 14,8 | 14,6 | 16,9 | 14,9 |
| 120 | Объединенные Арабские Эмираты | 4 | 3,5 | 3,4 | 3,4 | 3,1 | 77 | 75 | 75,5 | 75,1 | 73,4 | 23 | 25 | 24,5 | 24,9 | 26,6 | 7,7 | 7,2 | 7,3 | 6,9 | 7,3 |
| 121 | Оман | 3,7 | 3,6 | 3,2 | 3,1 | 3,4 | 81,6 | 83,2 | 78,8 | 82,1 | 81,6 | 18,4 | 16,8 | 21,2 | 17,9 | 18,4 | 7,3 | 7,9 | 7,3 | 6,9 | 7,3 |
| 122 | Острова Кука | 4,2 | 3,5 | 3,8 | 5,2 | 4,6 | 91,7 | 89,6 | 90,9 | 93,8 | 93 | 8,3 | 10,4 | 9,1 | 6,2 | 7 | 10 | 7,7 | 8,2 | 12,4 | 11,6 |
| 123 | Пакистан | 3,5 | 3,6 | 3,3 | 3,2 | 3,2 | 35,6 | 30,3 | 32,4 | 32,7 | 34,9 | 64,4 | 69,7 | 67,6 | 67,3 | 65,1 | 4,2 | 3,7 | 3,3 | 3,5 | 3,2 |
| 124 | Палау | 8,9 | 9 | 9 | 9,2 | 9,1 | 92,9 | 91,4 | 91,7 | 92 | 91 | 7,1 | 8,6 | 8,3 | 8 | 9 | 11,3 | 11,3 | 11,3 | 11,6 | 11,4 |
| 125 | Панама | 9 | 7,7 | 9 | 8,6 | 8,9 | 73,5 | 69,4 | 71,9 | 71,4 | 71,7 | 26,5 | 30,6 | 28,1 | 28,6 | 28,3 | 27,4 | 22,3 | 26 | 23,4 | 23,1 |
| 126 | Папуа-Новая Гвинея | 3,8 | 4,2 | 4,3 | 4,4 | 4,3 | 90,9 | 89,9 | 89,7 | 89 | 88,6 | 9,1 | 10,1 | 10,3 | 11 | 11,4 | 12,3 | 13,3 | 12,9 | 13 | 13 |
| 127 | Парагвай | 6,5 | 7,2 | 8,4 | 8,4 | 8,4 | 45,5 | 44,9 | 40,2 | 35,2 | 38,1 | 54,5 | 55,1 | 59,8 | 64,8 | 61,9 | 16,2 | 16,7 | 17,5 | 15,9 | 17,5 |
| 128 | Перу | 4,5 | 4,9 | 4,7 | 4,6 | 4,4 | 52,6 | 53,1 | 53 | 52 | 49,9 | 47,4 | 46,9 | 47 | 48 | 50,1 | 12 | 12,3 | 12,1 | 12,4 | 12,4 |
| 129 | Польша | 6 | 5,9 | 5,7 | 6 | 6,1 | 65,4 | 71,1 | 70 | 71,9 | 72,4 | 34,6 | 28,9 | 30 | 28,1 | 27,6 | 9,4 | 10,6 | 10,2 | 10,9 | 9,8 |
| 130 | Португалия | 8,4 | 8,7 | 9,2 | 9,3 | 9,3 | 67,1 | 67,6 | 69,5 | 70,6 | 70,5 | 32,8 | 32,3 | 30,4 | 29,3 | 29,3 | 12,8 | 13 | 14,1 | 14,3 | 14,2 |
| 131 | Республика Корея | 4,3 | 4,6 | 4,4 | 5,1 | 5 | 46,9 | 46,9 | 49 | 54,5 | 52,9 | 53,1 | 53,1 | 51 | 45,5 | 47,1 | 8,4 | 9,4 | 9,7 | 11,5 | 10,7 |
| 132 | Республика Молдова | 6,9 | 6,8 | 6,4 | 6,3 | 7 | 63,3 | 45,9 | 51,8 | 51,9 | 58,2 | 36,7 | 54,1 | 48,2 | 48,1 | 41,8 | 9,7 | 8,5 | 9,8 | 11,2 | 12,9 |
| 133 | Российская Федерация | 6,1 | 5,2 | 5,7 | 6 | 6,2 | 55,9 | 56 | 56,5 | 54,4 | 55,8 | 44,1 | 44 | 43,5 | 45,6 | 44,2 | 8 | 7,9 | 9,4 | 9,5 | 9,5 |
| 134 | Руанда | 5 | 5,5 | 5,6 | 5,5 | 5,5 | 51,3 | 54 | 52,9 | 55,4 | 57,2 | 48,7 | 46 | 47,1 | 44,6 | 42,8 | 13,8 | 13,5 | 14,8 | 14 | 13,4 |
| 135 | Румыния | 5,2 | 5,8 | 5,8 | 6,1 | 6,3 | 59,6 | 64,9 | 67,9 | 67,8 | 65,9 | 40,4 | 35,1 | 32,1 | 32,2 | 34,1 | 8,8 | 10,6 | 11,2 | 12,4 | 12,7 |
| 136 | Сальвадор | 8,2 | 8 | 8 | 7,7 | 8 | 42,5 | 43,5 | 45,1 | 42,4 | 44,7 | 57,5 | 56,5 | 54,9 | 57,6 | 55,3 | 24,2 | 25,1 | 25 | 21,2 | 22,8 |
| 137 | Самоа | 5,8 | 6,2 | 5,8 | 5,6 | 6,2 | 73,5 | 74,1 | 77 | 82,2 | 75,9 | 26,5 | 25,9 | 23,1 | 17,8 | 24,1 | 13,1 | 12,9 | 14,7 | 13,9 | 13,9 |
| 138 | Сан-Марино | 7 | 7,3 | 7,4 | 7,7 | 7,7 | 77,5 | 77,8 | 77,4 | 79,4 | 79,2 | 22,5 | 22,2 | 22,6 | 20,6 | 20,8 | 16,7 | 18,2 | 18 | 15,2 | 20,4 |
| 139 | Сан-Томе и Принсипи | 8,8 | 10 | 9,4 | 10,5 | 11,1 | 82 | 87,3 | 86,2 | 87,6 | 87,7 | 18 | 12,7 | 13,8 | 12,4 | 12,3 | 12,1 | 12,5 | 12,3 | 11,4 | 14,5 |
| 140 | Саудовская Аравия | 5 | 4,2 | 3,9 | 4,5 | 4,3 | 79,3 | 75,5 | 74,9 | 77,6 | 77,1 | 20,7 | 24,5 | 25,1 | 22,4 | 22,9 | 11,2 | 11,5 | 11,3 | 11,1 | 11,6 |
| 141 | Свазиленд | 7,1 | 6,4 | 6,1 | 6 | 6 | 56,6 | 59 | 58,6 | 57,9 | 59,5 | 43,4 | 41 | 41,4 | 42,1 | 40,5 | 13,5 | 11,8 | 11,6 | 11,3 | 10,9 |
| 142 | Сейшельские Острова | 5,7 | 5,5 | 5,2 | 5,3 | 5,2 | 77,3 | 76,6 | 75,3 | 75,7 | 74,3 | 22,7 | 23,4 | 24,7 | 24,3 | 25,7 | 7,5 | 7,4 | 6,8 | 8,1 | 6,6 |
| 143 | Сенегал | 4,2 | 4,5 | 4,7 | 5,2 | 5,1 | 36,8 | 38 | 42,1 | 45,1 | 45,2 | 63,2 | 62 | 57,9 | 54,9 | 54,8 | 8,3 | 8,3 | 10,3 | 10,8 | 11,2 |
| 144 | Сент-Винсент и Гренадины | 5,6 | 5,7 | 5,7 | 5,7 | 5,9 | 60,4 | 60,8 | 64 | 64,1 | 65,5 | 39,6 | 39,2 | 36 | 35,9 | 34,5 | 8,5 | 9 | 9,4 | 11,8 | 11,9 |
| 145 | Сент-Китс и Невис | 5,2 | 5,5 | 5,6 | 5,4 | 5,5 | 62,5 | 60,1 | 63,7 | 64,2 | 62,1 | 37,5 | 39,9 | 36,3 | 35,8 | 37,9 | 10,8 | 10,4 | 10,4 | 10,9 | 9,7 |
| 146 | Сент-Люсия | 4,5 | 4,6 | 4,8 | 5,1 | 5 | 67,5 | 68,8 | 69,8 | 68,9 | 68,4 | 32,5 | 31,2 | 30,2 | 31,1 | 31,6 | 10,1 | 10,2 | 10,7 | 11,8 | 11,5 |
| 147 | Сербия и Черногория | 10,4 | 9,6 | 9,3 | 8,3 | 8,1 | 62,1 | 59,5 | 55,1 | 60 | 62,8 | 37,9 | 40,5 | 44,9 | 40 | 37,2 | 13,8 | 12,4 | 13,5 | 12,4 | 10,7 |
| 148 | Сингапур | 4,2 | 4,1 | 3,6 | 3,9 | 4,3 | 41,6 | 38,3 | 35,2 | 33,5 | 30,9 | 58,4 | 61,7 | 64,8 | 66,5 | 69,1 | 8,7 | 8,2 | 6,7 | 5,9 | 5,9 |
| 149 | Сирийская Арабская Республика | 5,3 | 5,5 | 5,1 | 5 | 5,1 | 40,4 | 41 | 43 | 45 | 45,8 | 59,6 | 59 | 57 | 55 | 54,2 | 7,1 | 7,2 | 7,3 | 6,7 | 6,5 |

| | Государства-члены | Внешние ресурсы здравоохранения как % от суммарных расходов на здравоохранение | | | | | Расходы на здравоохранение по линии социальной безопасности как % от суммарных государственных расходов на здравоохранение | | | | | Наличные платежи как % от частных расходов на здравоохранение | | | | | Частные программы обслуживания с предварительной оплатой как % от частных расходов на здравоохранение | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| 100 | Мальта | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 78,5 | 78,3 | 75,5 | 72,1 | 66,7 | 82,5 | 82,7 | 73,7 | 88,5 | 81,2 | 7,2 | 7 | 6,9 | 7,4 | 7,2 |
| 101 | Марокко | 2,2 | 1,8 | 1,8 | 1,8 | 1,9 | 9 | 8,8 | 7,1 | 7,6 | 7,6 | 74,4 | 74,3 | 74,3 | 74,1 | 74 | 22,5 | 22,7 | 22,6 | 22,7 | 23 |
| 102 | Маршалловы Острова | 13,5 | 38,2 | 36,5 | 25,4 | 22,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 103 | Мексика | 0,9 | 1,2 | 1 | 0,9 | 0,8 | 72,4 | 69,1 | 67,6 | 66,3 | 66 | 95,9 | 95,9 | 95,3 | 95 | 94,6 | 4,1 | 4,1 | 4,7 | 5 | 5,4 |
| 104 | Микронезия (Федеративные Штаты) | н/д | 27,5 | 26,7 | 19,6 | н/д | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 35,7 | 35,7 | 35,7 | 35,7 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 105 | Мозамбик | 32,1 | 41,9 | 47,2 | 44,7 | 39,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 39 | 37,8 | 37,8 | 36 | 36,5 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 |
| 106 | Монако | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 98 | 98 | 98,2 | 98,3 | 98,5 | 79,2 | 81,5 | 77,8 | 77,8 | 81,5 | 20,8 | 18,5 | 22,2 | 22,2 | 18,5 |
| 107 | Монголия | 9 | 18,9 | 17,2 | 15,4 | 0,7 | 39,9 | 39,7 | 40,2 | 40,3 | 40 | 74,5 | 74,1 | 73,9 | 73,4 | 74 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 108 | Мьянма | 1,2 | 3,1 | 1,9 | 1,9 | 1 | 1,6 | 2,1 | 2 | 3,4 | 1,2 | 99,7 | 99,8 | 99,7 | 99,7 | 99,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 109 | Намибия | 2,5 | 2,4 | 3,8 | 4,3 | 5,2 | 1,4 | 1,2 | 1,8 | 1,9 | 1,5 | 21,9 | 21,3 | 18,2 | 20 | 20,5 | 74,5 | 74,7 | 77,3 | 75,2 | 74,8 |
| 110 | Науру | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 111 | Непал | 10,9 | 9,3 | 13,8 | 13,3 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 92,4 | 92,5 | 92,2 | 92,2 | 92,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 112 | Нигер | 17,4 | 28,9 | 45,2 | 33,5 | 37,7 | 3,5 | 2,6 | 2,8 | 3,1 | 2,9 | 84,2 | 90,5 | 82,8 | 83 | 94,6 | 4,9 | 5,1 | 4,8 | 4,9 | 5,4 |
| 113 | Нигерия | 13,1 | 13,8 | 16,2 | 5,6 | 6,1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 95 | 94,8 | 92,7 | 91,4 | 90,4 | 2,4 | 3,4 | 5,1 | 6,5 | 6,7 |
| 114 | Нидерланды | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 93,9 | 93,8 | 93,9 | 93,8 | 93,8 | 26,9 | 27,7 | 28,2 | 26,7 | 24,5 | 52,1 | 51,1 | 49,8 | 49,8 | 52,3 |
| 115 | Никарагуа | 9,1 | 8,5 | 7,9 | 7,9 | 9,3 | 23 | 31,5 | 27 | 31,3 | 28,1 | 98,1 | 95,6 | 92,9 | 92,9 | 96 | 1,9 | 4,4 | 7,1 | 7,1 | 4 |
| 116 | Ниуэ | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 117 | Новая Зеландия | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 70,8 | 70,7 | 69,9 | 72 | 72,6 | 27,7 | 27,6 | 28,5 | 26,5 | 25,9 |
| 118 | Норвегия | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 96,6 | 96,6 | 96,7 | 97,1 | 97,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 119 | Объединенная Республика Танзания | 25,1 | 27 | 29,7 | 29,6 | 26,9 | 0 | 0 | 0 | 3,8 | 2,7 | 87,5 | 83,5 | 83 | 83,1 | 82,5 | н/д | 4,5 | 4,4 | 4,4 | 4,4 |
| 120 | Объединенные Арабские Эмираты | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 69,5 | 67,2 | 65,2 | 65,6 | 65,2 | 16,9 | 18,5 | 19,5 | 19,1 | 19,1 |
| 121 | Оман | 0 | 0 | 0,1 | 0 | 0 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 51 | 49,8 | 55,9 | 46,5 | 51,4 | 49 | 50,2 | 44,1 | 53,5 | 48,6 |
| 122 | Острова Кука | 42,6 | 37 | 29,3 | 19,1 | 5,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 123 | Пакистан | 2,7 | 2,2 | 3,5 | 3,5 | 1,8 | 41,6 | 44,9 | 39,6 | 43,3 | 42,9 | 98,4 | 98,6 | 98,5 | 98,4 | 98,3 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 124 | Палау | 13,5 | 11,9 | 11,4 | 11,8 | н/д | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 125 | Панама | 0,9 | 1 | 0,9 | 0,5 | 0,9 | 39,5 | 43,5 | 41 | 45,3 | 45,7 | 83,5 | 82,4 | 81,5 | 84,5 | 81,8 | 16,5 | 17,6 | 18,5 | 15,5 | 18,2 |
| 126 | Папуа-Новая Гвинея | 29 | 18,5 | 22,1 | 22,8 | 34,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 86,4 | 83,4 | 83,9 | 83,3 | 83,3 | 4,8 | 9,4 | 9,3 | 9,4 | 9,4 |
| 127 | Парагвай | 2,1 | 2,1 | 1,8 | 2,3 | 2,1 | 50,5 | 48,1 | 53 | 47,7 | 30,1 | 88,6 | 85,6 | 88,6 | 87 | 88,6 | 11,4 | 14,4 | 11,4 | 13 | 11,4 |
| 128 | Перу | 1,4 | 1,4 | 1,2 | 4,6 | 4,6 | 38,9 | 43,5 | 42,9 | 42,9 | 42,9 | 87,1 | 82,6 | 79,4 | 79,4 | 79,4 | 9,3 | 13,6 | 17,2 | 17,2 | 17,2 |
| 129 | Польша | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 83,5 | 82,6 | 83,8 | 87,4 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 130 | Португалия | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7,7 | 7,1 | 6,5 | 6,5 | 6,5 | 94,9 | 95,3 | 95,7 | 95,5 | 95,7 | 4,7 | 4,3 | 4,3 | 4,5 | 4,3 |
| 131 | Республика Корея | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 80,8 | 78,7 | 79,6 | 81,4 | 81 | 85,8 | 84,4 | 81,5 | 81,3 | 82,3 | 5 | 4,1 | 5,9 | 4,9 | 4,2 |
| 132 | Республика Молдова | 1,1 | 16,1 | 33 | 8,4 | 2,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 133 | Российская Федерация | 0,7 | 0,9 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 34,4 | 32,9 | 40,6 | 40 | 41 | 57,1 | 69,7 | 72,5 | 68,8 | 63,6 | 3,9 | 3,7 | 3,8 | 10,3 | 14,7 |
| 134 | Руанда | 50,5 | 27,8 | 36,8 | 29,6 | 32,8 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 67 | 64,6 | 61,3 | 66,1 | 65,2 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| 135 | Румыния | 2,7 | 2,6 | 2 | 1,7 | 0,8 | 64,4 | 77,8 | 80,3 | 77,5 | 77,3 | 82,6 | 90,1 | 92 | 94,6 | 88,7 | 17,4 | 9,9 | 8 | 5,4 | 5,5 |
| 136 | Сальвадор | 2,9 | 1,5 | 0,9 | 0,8 | 0,7 | 41,7 | 44 | 44,2 | 36,3 | 44,5 | 94 | 90,2 | 95,6 | 93,6 | 93,9 | 5,8 | 9,6 | 4,2 | 6,4 | 6,1 |
| 137 | Самоа | 15,8 | 13,8 | 19,1 | 15,6 | 8,7 | 0,6 | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,3 | 79,4 | 80,1 | 81,7 | 87,5 | 79,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 138 | Сан-Марино | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 96,5 | 97,6 | 94,5 | 96 | 95,5 | 96,4 | 96,5 | 96,7 | 96,7 | 96,8 | 3,6 | 3,5 | 3,3 | 3,3 | 3,2 |
| 139 | Сан-Томе и Принсипи | 48,5 | 59,9 | 57,5 | 61,8 | 60,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 140 | Саудовская Аравия | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 34 | 32,5 | 30,1 | 30,4 | 30,1 | 38 | 39 | 40,5 | 39,9 | 40,1 |
| 141 | Свазиленд | 18,8 | 10,3 | 5,5 | 4,1 | 3,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 34,9 | 40,9 | 42,4 | 41,8 | 41,7 | 16,6 | 18,6 | 18,9 | 20 | 20 |
| 142 | Сейшельские Острова | 8 | 7,5 | 6,8 | 6,8 | 7,5 | 5 | 11,3 | 5,2 | 5,1 | 5 | 62,8 | 62,8 | 61,4 | 63,6 | 60,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 143 | Сенегал | 13,1 | 12,7 | 12,9 | 17,1 | 16,9 | 18,9 | 18,3 | 15,3 | 14,3 | 14 | 97,8 | 97,8 | 97,8 | 96,5 | 96,5 | 2,2 | 2,2 | 2,2 | 2,2 | 3,5 |
| 144 | Сент-Винсент и Гренадины | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 145 | Сент-Китс и Невис | 6,4 | 5,7 | 5,2 | 5 | 4,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 146 | Сент-Люсия | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,6 | 0,1 | 16,2 | 12,5 | 19,4 | 21 | 22,3 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 147 | Сербия и Черногория | 0,1 | 1,1 | 1,7 | 1,1 | 0,3 | 98,4 | 96,3 | 93,8 | 94,5 | 94 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 148 | Сингапур | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 17,6 | 19 | 23,3 | 24,5 | 26,1 | 97,3 | 97,4 | 97,2 | 97 | 97,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 149 | Сирийская Арабская Республика | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

## Таблица 5 приложения. Отдельные показатели национальных счетов здравоохранения: выявленные уровни расходов на охрану здоровья, 1998–2002 гг.

Для обеспечения сопоставимости приведены оценочные данные ВОЗ[a]; они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | | Суммарные расходы на здравоохранение как % от валового внутреннего продукта | | | | | Общие государственные расходы на здравоохранение как % от суммарных расходов на здравоохранение[b] | | | | | Частные расходы на здравоохранение как % от суммарных расходов на здравоохранение[b] | | | | | Общие государственные расходы на здравоохранение как % от общих государственных расходов | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Государства-члены | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| 150 | Словакия | 5,7 | 5,9 | 5,7 | 5,7 | 5,9 | 91,6 | 89,9 | 89,7 | 89,6 | 89,4 | 8,4 | 10,1 | 10,3 | 10,4 | 10,6 | 8,6 | 9,4 | 8,5 | 10 | 10,3 |
| 151 | Словения | 7,8 | 7,7 | 8 | 8,3 | 8,3 | 75,7 | 75,5 | 76 | 74,9 | 74,9 | 24,3 | 24,5 | 24 | 25,1 | 25,1 | 14,3 | 14 | 13,5 | 14,6 | 14,7 |
| 152 | Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии | 6,9 | 7,2 | 7,3 | 7,5 | 7,7 | 80,4 | 80,6 | 80,9 | 83 | 83,4 | 19,6 | 19,4 | 19,1 | 17 | 16,6 | 13,9 | 14,8 | 15 | 15,5 | 15,8 |
| 153 | Соединенные Штаты Америки | 13 | 13 | 13,1 | 13,9 | 14,6 | 44,5 | 44,3 | 44,4 | 44,9 | 44,9 | 55,5 | 55,7 | 55,6 | 55,1 | 55,1 | 18,5 | 18,4 | 18,2 | 20 | 23,1 |
| 154 | Соломоновы Острова | 4,5 | 4,9 | 4,9 | 5 | 4,8 | 93 | 93,4 | 93,4 | 93,5 | 93,2 | 7 | 6,6 | 6,6 | 6,5 | 6,8 | 11,4 | 11,1 | 11,4 | 11,5 | 11,8 |
| 155 | Сомали | 2,7 | 2,7 | 2,6 | 2,6 | n/a | 46,1 | 45 | 44,8 | 44,6 | n/a | 53,9 | 55 | 55,2 | 55,4 | n/a | 4,4 | 4,2 | 4,2 | 4,2 | n/a |
| 156 | Судан | 5,2 | 5,3 | 4,6 | 4,5 | 4,9 | 17,6 | 15,8 | 17,3 | 19,7 | 20,7 | 82,4 | 84,2 | 82,7 | 80,3 | 79,3 | 8,5 | 7,2 | 5,2 | 5,4 | 6,3 |
| 157 | Суринам | 7,3 | 5 | 9,4 | 8 | 8,6 | 61,7 | 59,6 | 43,3 | 39,6 | 41,8 | 38,3 | 40,4 | 56,7 | 60,4 | 58,2 | 10,2 | 8,9 | 9,9 | 9 | 10,3 |
| 158 | Сьерра-Леоне | 3 | 3,7 | 4,3 | 3,7 | 2,9 | 44,2 | 53,8 | 60,4 | 61 | 60,3 | 55,8 | 46,2 | 39,6 | 39 | 39,7 | 9,4 | 9,4 | 9,3 | 8,8 | 6,8 |
| 159 | Таджикистан | 3,3 | 3,8 | 3,3 | 3,3 | 3,3 | 34,6 | 27,6 | 28,1 | 28,9 | 27,7 | 65,4 | 72,4 | 71,9 | 71,1 | 72,3 | 7,2 | 6,3 | 6,4 | 6,5 | 5,7 |
| 160 | Таиланд | 3,9 | 3,7 | 3,6 | 3,5 | 4,4 | 56,8 | 57,1 | 58,3 | 58,9 | 69,7 | 43,2 | 42,9 | 41,7 | 41,1 | 30,3 | 12,4 | 11,5 | 11,8 | 11,5 | 17,1 |
| 161 | Тимор-Лешти | 7,7 | 8,5 | 6,9 | 9,6 | 9,7 | 67,9 | 70,7 | 65,7 | 64,4 | 63,9 | 32,1 | 29,3 | 34,3 | 35,6 | 36,1 | 6,7 | 7,7 | 5,8 | 9 | 9 |
| 162 | Того | 10,5 | 10,7 | 9,9 | 10,1 | 10,5 | 20,2 | 22,2 | 14,8 | 14,3 | 10,8 | 79,8 | 77,8 | 85,2 | 85,7 | 89,2 | 9,4 | 12,4 | 7,5 | 8,6 | 7,8 |
| 163 | Тонга | 6,4 | 6,2 | 6,5 | 6,9 | 6,9 | 70,9 | 71,6 | 73,7 | 73,6 | 73,5 | 29,1 | 28,4 | 26,3 | 26,4 | 26,5 | 12,2 | 15,6 | 15,9 | 15,9 | 15,8 |
| 164 | Тринидад и Тобаго | 4,1 | 3,9 | 3,7 | 3,5 | 3,7 | 45,2 | 44,3 | 40,3 | 39,9 | 37,3 | 54,8 | 55,7 | 59,7 | 60,1 | 62,7 | 5,5 | 5,6 | 5,6 | 5,6 | 5,7 |
| 165 | Тувалу | 5,2 | 5,4 | 5,5 | 5 | 4,4 | 59,3 | 57,3 | 53,5 | 53,4 | 46,7 | 40,7 | 42,7 | 46,5 | 46,6 | 53,3 | 3,7 | 3,6 | 1,8 | 2,9 | 1,5 |
| 166 | Тунис | 5,9 | 5,6 | 5,6 | 5,8 | 5,8 | 50,3 | 52,3 | 48,5 | 51 | 49,9 | 49,7 | 47,7 | 51,5 | 49 | 50,1 | 7,8 | 7,8 | 6,9 | 8 | 7,5 |
| 167 | Туркменистан | 4 | 3,5 | 4,4 | 4,1 | 4,3 | 73,7 | 69,2 | 71,6 | 69,4 | 70,7 | 26,3 | 30,8 | 28,4 | 30,6 | 29,3 | 12,1 | 12,3 | 12,1 | 12,1 | 12,1 |
| 168 | Турция | 4,8 | 6,4 | 6,6 | 6,5 | 6,5 | 71,9 | 61,1 | 62,9 | 62,5 | 65,8 | 28,1 | 38,9 | 37,1 | 37,5 | 34,2 | 11,5 | 10,3 | 9,8 | 8,1 | 10,3 |
| 169 | Уганда | 5,4 | 6,2 | 6,5 | 7,3 | 7,4 | 28,8 | 30,6 | 26,8 | 27,3 | 27,9 | 71,2 | 69,4 | 73,2 | 72,7 | 72,1 | 8,3 | 9,4 | 9 | 9,6 | 9,1 |
| 170 | Узбекистан | 6,6 | 5,9 | 5,6 | 5,6 | 5,5 | 48,6 | 49,2 | 46,4 | 46,4 | 45,5 | 51,4 | 50,8 | 53,6 | 53,6 | 54,5 | 7,1 | 7 | 6,6 | 7,1 | 6,8 |
| 171 | Украина | 4,9 | 4,3 | 4,2 | 4,4 | 4,7 | 71,7 | 68,8 | 69 | 69,3 | 71,1 | 28,3 | 31,2 | 31 | 30,7 | 28,9 | 9,3 | 8,6 | 8,4 | 8,9 | 9,4 |
| 172 | Уругвай | 10,6 | 10,6 | 10,5 | 10,8 | 10 | 37,8 | 34,8 | 33,4 | 33,8 | 29 | 62,2 | 65,2 | 66,6 | 66,2 | 71 | 12 | 10,6 | 10,3 | 10,8 | 7,9 |
| 173 | Фиджи | 4,1 | 3,7 | 3,9 | 3,9 | 4,2 | 65,4 | 65,2 | 65,2 | 67,1 | 64,6 | 34,6 | 34,8 | 34,8 | 32,9 | 35,4 | 6,9 | 7,5 | 7,2 | 6,7 | 7,5 |
| 174 | Филиппины | 3,5 | 3,5 | 3,4 | 3,2 | 2,9 | 42,5 | 43,7 | 47,1 | 43,6 | 39,1 | 57,5 | 56,3 | 52,9 | 56,4 | 60,9 | 6,5 | 6,5 | 7 | 5,8 | 4,7 |
| 175 | Финляндия | 6,9 | 6,9 | 6,7 | 7 | 7,3 | 76,3 | 75,3 | 75,1 | 75,4 | 75,7 | 23,7 | 24,7 | 24,9 | 24,6 | 24,3 | 10 | 10 | 10,2 | 10,7 | 11 |
| 176 | Франция | 9,3 | 9,3 | 9,3 | 9,4 | 9,7 | 76 | 76 | 75,8 | 75,9 | 76 | 24 | 24 | 24,2 | 24,1 | 24 | 13,1 | 13,2 | 13,4 | 13,7 | 13,8 |
| 177 | Хорватия | 7,9 | 8,6 | 9 | 8,2 | 7,3 | 85,1 | 86,1 | 86,4 | 85,5 | 81,4 | 14,9 | 13,9 | 13,6 | 14,5 | 18,6 | 12,9 | 13,5 | 14,5 | 13,8 | 12 |
| 178 | Центральноафриканская Республика | 3,4 | 3,5 | 3,8 | 3,7 | 3,9 | 34 | 38 | 41,1 | 39,4 | 41,6 | 66 | 62 | 58,9 | 60,6 | 58,4 | 6,7 | 7,7 | 7,5 | 9,6 | 7,4 |
| 179 | Чад | 5,4 | 6,2 | 6,9 | 6,6 | 6,5 | 31,4 | 33,2 | 41,2 | 41,5 | 41,9 | 68,6 | 66,8 | 58,8 | 58,5 | 58,1 | 11,2 | 10,5 | 12,9 | 13,6 | 12,2 |
| 180 | Чешская Республика | 6,6 | 6,6 | 6,6 | 6,9 | 7 | 91,8 | 91,5 | 91,4 | 91,4 | 91,4 | 8,2 | 8,5 | 8,6 | 8,6 | 8,6 | 15,8 | 15,6 | 15 | 15,1 | 14,7 |
| 181 | Чили | 6,1 | 6 | 5,7 | 5,7 | 5,8 | 36,4 | 38,4 | 42,2 | 43,7 | 45,1 | 63,6 | 61,6 | 57,8 | 56,3 | 54,9 | 8,3 | 8,3 | 9 | 9,7 | 10,2 |
| 182 | Швейцария | 10,3 | 10,5 | 10,4 | 10,9 | 11,2 | 54,9 | 55,3 | 55,6 | 57,1 | 57,9 | 45,1 | 44,7 | 44,4 | 42,9 | 42,1 | 15,7 | 16,7 | 17,1 | 17,9 | 18,7 |
| 183 | Швеция | 8,3 | 8,4 | 8,4 | 8,8 | 9,2 | 85,8 | 85,7 | 84,9 | 84,9 | 85,3 | 14,2 | 14,3 | 15,1 | 15,1 | 14,7 | 11,8 | 12 | 12,5 | 13,1 | 13,5 |
| 184 | Шри-Ланка | 3,4 | 3,5 | 3,6 | 3,6 | 3,7 | 51,3 | 49 | 49,2 | 48,9 | 48,7 | 48,7 | 51 | 50,8 | 51,1 | 51,3 | 5,8 | 5,7 | 6,1 | 6,1 | 6 |
| 185 | Эквадор | 4,4 | 4,7 | 4,1 | 4,8 | 4,8 | 38,3 | 39,4 | 31,2 | 33,5 | 36 | 61,7 | 60,6 | 68,8 | 66,5 | 64 | 9,3 | 9,8 | 6,4 | 8,5 | 8,8 |
| 186 | Экваториальная Гвинея | 4,1 | 2,7 | 2 | 1,7 | 1,8 | 62 | 62,4 | 66,5 | 70,1 | 72,2 | 38 | 37,6 | 33,5 | 29,9 | 27,8 | 8,3 | 9,9 | 9,9 | 9,8 | 9,8 |
| 187 | Эритрея | 4,7 | 4,2 | 4,8 | 5,1 | 5,1 | 66,1 | 59,7 | 62,7 | 61,5 | 63,7 | 33,9 | 40,3 | 37,3 | 38,5 | 36,3 | 4,1 | 2,7 | 4,5 | 5,3 | 5,6 |
| 188 | Эстония | 5,6 | 6,1 | 5,5 | 5,1 | 5,1 | 86,3 | 80,4 | 76,7 | 77,8 | 76,3 | 13,7 | 19,6 | 23,3 | 22,2 | 23,7 | 13,4 | 12,1 | 11,7 | 11,5 | 11 |
| 189 | Эфиопия | 4,8 | 4,9 | 5,6 | 5,4 | 5,7 | 47,6 | 48,1 | 45,9 | 41,4 | 44,9 | 52,4 | 51,9 | 54,1 | 58,6 | 55,1 | 9,4 | 7,9 | 7,7 | 7,6 | 7,6 |
| 190 | Южная Африка | 8,4 | 8,8 | 8,4 | 8,7 | 8,7 | 44,8 | 41,1 | 42,4 | 41,2 | 40,6 | 55,2 | 58,9 | 57,6 | 58,8 | 59,4 | 11,5 | 10,8 | 11 | 11 | 10,7 |
| 191 | Ямайка | 5,9 | 5,5 | 6,4 | 6 | 6 | 58,6 | 50,3 | 52,6 | 43,4 | 57,4 | 41,4 | 49,7 | 47,4 | 56,6 | 42,6 | 7,4 | 5,6 | 6,6 | 4,3 | 5,9 |
| 192 | Япония[c] | 7,2 | 7,4 | 7,6 | 7,8 | 7,9 | 80,8 | 81,1 | 81,3 | 81,7 | 81,7 | 19,2 | 18,9 | 18,7 | 18,3 | 18,3 | 14 | 15,9 | 16,1 | 16,9 | 17 |

[a] Источники информации и методы — см. в разделе "Пояснительные комментарии".

[b] В некоторых случаях сумма долей общих государственных и частных расходов на здравоохранение может отличаться от 100% вследствие округления.

[c] Информация о расходах полугосударственных организаций и других министерств (за исключением Национального координационного совета по планированию семьи BKKBN) имелась только за 2001 и 2002 гг.

[d] Приведены предварительные оценки, в ожидании поступления окончательных сведений о расходах в рамках программы «Нефть в обмен на продовольствие». Данны не включают расходы в трех северных провинциях.

| | Государства-члены | Внешние ресурсы здравоохранения как % от суммарных расходов на здравоохранение | | | | | Расходы на здравоохранение по линии социальной безопасности как % от суммарных государственных расходов на здравоохранение | | | | | Наличные платежи как % от частных расходов на здравоохранение | | | | | Частные программы обслуживания с предварительной оплатой как % от частных расходов на здравоохранение | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| 150 | Словакия | 0,1 | 0,1 | 0 | 0 | 0 | 96,6 | 91,2 | 91,3 | 91,9 | 92,7 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 151 | Словения | 0 | 0 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 87,9 | 87,5 | 87,5 | 87,2 | 87,1 | 44,4 | 39,3 | 38,6 | 41,7 | 40,9 | 55,6 | 60,7 | 61,4 | 58,3 | 58,3 |
| 152 | Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 55,7 | 55,2 | 54,7 | 58,1 | 55,9 | 17,4 | 16,8 | 16,6 | 18 | 18,6 |
| 153 | Соединенные Штаты Америки | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 33,4 | 33,1 | 33,7 | 32,8 | 30,8 | 28 | 27,6 | 27,1 | 26,2 | 25,4 | 61,1 | 61,8 | 63,2 | 64,7 | 65,7 |
| 154 | Соломоновы Острова | 7,7 | 7,1 | 16,5 | 16,5 | 41 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 45,8 | 47,1 | 48,3 | 49,2 | 49,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 155 | Сомали | 5,3 | 6,1 | 9 | 9,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | н/д | 100 | 100 | 100 | 100 | н/д | 0 | 0 | 0 | 0 | н/д |
| 156 | Судан | 1,7 | 2,9 | 2 | 2,5 | 2,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 99,6 | 99,6 | 99,5 | 99,5 | 99,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 157 | Суринам | 9,5 | 17,6 | 9,7 | 13,2 | 6,6 | 34,9 | 33,3 | 40,7 | 36,7 | 22,2 | 33,7 | 32,7 | 61,5 | 69,8 | 61,6 | 1,4 | 1,3 | 0,6 | 0,5 | 0,4 |
| 158 | Сьерра-Леоне | 18,8 | 22,2 | 25,4 | 25,1 | 16,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 159 | Таджикистан | 13,7 | 14,5 | 18,3 | 16,9 | 14,9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 160 | Таиланд | 0,1 | 0,4 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 26,8 | 26,9 | 27,6 | 31 | 21,8 | 78,2 | 76,4 | 76,8 | 75,7 | 75,8 | 11,6 | 12,6 | 12,8 | 13,6 | 14,2 |
| 161 | Тимор-Лешти | 76,2 | 63,4 | 56,5 | 60,6 | 35,7 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д | 39,5 | 39,5 | 39,5 | 51,9 | 51,9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 162 | Того | 3,7 | 2,7 | 3,6 | 2,7 | 4,7 | 10,6 | 8,1 | 13,4 | 11,6 | 14,4 | 92,8 | 92,8 | 92,8 | 92,4 | 93,4 | 2,5 | 2,4 | 2,5 | 3 | 2,3 |
| 163 | Тонга | 21,3 | 23,9 | 24,6 | 23,7 | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 164 | Тринидад и Тобаго | 9 | 8,3 | 7,3 | 7,3 | 6,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 86,4 | 85,8 | 86,3 | 86,4 | 85,8 | 7,2 | 7,5 | 7,2 | 7,2 | 7,5 |
| 165 | Тувалу | 7,1 | 6,4 | 6,4 | 29,5 | н/д | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 166 | Тунис | 0,7 | 0,7 | 0,8 | 0,8 | 0,7 | 23,7 | 26,1 | 26,7 | 22,9 | 22,7 | 86,3 | 83 | 81,7 | 82,5 | 83 | 12 | 15,1 | 16,6 | 15,9 | 15,5 |
| 167 | Туркменистан | 0,9 | 2,1 | 1 | 0,8 | 0,7 | 6,4 | 6,3 | 6,4 | 6,4 | 6,4 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 168 | Турция | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50,6 | 53 | 55,5 | 56,9 | 49,6 | 99,6 | 74,8 | 74,6 | 88 | 88 | 0,2 | 10,9 | 11,8 | 12 | 12 |
| 169 | Уганда | 30,9 | 27,6 | 28,3 | 27,4 | 28,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 71,2 | 61,5 | 56,7 | 51,8 | 52,3 | 0,3 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,2 |
| 170 | Узбекистан | 0,1 | 0,9 | 1,8 | 2,9 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 171 | Украина | 0,4 | 0,3 | 0,7 | 0,7 | 3,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 97,8 | 96,9 | 95,4 | 95,4 | 95,5 | 1,7 | 2 | 2,3 | 2,5 | 2,4 |
| 172 | Уругвай | 0,6 | 0,1 | 0,5 | 0,8 | 0,6 | 49 | 52,6 | 50 | 47,7 | 53,7 | 30,1 | 26,6 | 25,9 | 24,9 | 25 | 69,9 | 73,4 | 74,1 | 75,1 | 75 |
| 173 | Фиджи | 7,7 | 11,1 | 10,9 | 10,1 | 5,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 174 | Филиппины | 2,8 | 3,7 | 3,5 | 3,7 | 2,8 | 8,9 | 11,5 | 14,9 | 18,2 | 23,4 | 80,6 | 77 | 76,6 | 77,8 | 77,9 | 15,5 | 18 | 18 | 17 | 17,9 |
| 175 | Финляндия | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19,4 | 19,8 | 20,4 | 20,7 | 21 | 81,9 | 82,2 | 81,9 | 82,2 | 82,2 | 11,1 | 10,8 | 10,5 | 10,1 | 9,8 |
| 176 | Франция | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 96,8 | 96,7 | 96,6 | 96,5 | 96,8 | 43,1 | 43 | 43,4 | 42,1 | 40,9 | 52,6 | 52,6 | 52,2 | 53,6 | 54,9 |
| 177 | Хорватия | 0,5 | 1 | 1 | 1,1 | 1,1 | 97,6 | 97,4 | 97,6 | 97,7 | 97,7 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 178 | Центральноафриканская Республика | 23,2 | 20 | 20 | 15,7 | 17 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д | 95,3 | 95,1 | 95,5 | 95,4 | 95,4 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д |
| 179 | Чад | 23,3 | 22,3 | 28,4 | 22,8 | 27,9 | н/д | н/д | н/д | н/д | н/д | 96,4 | 96,7 | 96,6 | 96,5 | 96,5 | 0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 0,4 |
| 180 | Чешская Республика | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 90,1 | 89,4 | 89,4 | 90,4 | 89,2 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 181 | Чили | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0 | 93,6 | 92,8 | 36,8 | 37,7 | 37,1 | 71,4 | 71 | 47,1 | 48 | 48,7 | 28,6 | 28,9 | 52,9 | 52 | 51,3 |
| 182 | Швейцария | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 72,3 | 72,1 | 72,6 | 70,4 | 69,1 | 72,6 | 74,5 | 74,1 | 73,9 | 74,8 | 25,2 | 23,3 | 23,6 | 23,8 | 22,9 |
| 183 | Швеция | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 184 | Шри-Ланка | 2,8 | 2,7 | 2,7 | 3,1 | 1,9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 94,9 | 95,1 | 95 | 95 | 95,1 | 1 | 1 | 1,1 | 1,1 | 1 |
| 185 | Эквадор | 2,4 | 3,2 | 4,1 | 1,8 | 0,9 | 15,4 | 31,7 | 28 | 32,2 | 35,4 | 79,1 | 84,2 | 85,3 | 87,6 | 88,4 | 6,4 | 5,4 | 4,8 | 3 | 2,3 |
| 186 | Экваториальная Гвинея | 16,4 | 9,4 | 7,8 | 5,9 | 4,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 95,1 | 91,3 | 84,1 | 81,4 | 80,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 187 | Эритрея | 41,5 | 47,9 | 47,9 | 39,1 | 49,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 188 | Эстония | 1,5 | 3,5 | 0,9 | 0 | 0 | 77,1 | 82,1 | 86 | 86,1 | 86 | 96,6 | 71,3 | 84,9 | 84,7 | 83,9 | н/д | 4,1 | 4,1 | 4,8 | 4,4 |
| 189 | Эфиопия | 22,9 | 24,4 | 25,9 | 29,3 | 29,5 | 0,4 | 0,4 | 0,5 | 0,4 | 0,5 | 77,6 | 78,2 | 66,4 | 66,8 | 65,9 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,4 |
| 190 | Южная Африка | 0,2 | 0,1 | 0,4 | 0,4 | 0,3 | 4 | 3,5 | 3,3 | 3,1 | 3,8 | 23,6 | 21 | 22,8 | 21,8 | 20,9 | 74,7 | 77,4 | 75,6 | 76,7 | 77,7 |
| 191 | Ямайка | 2,6 | 2,6 | 1,8 | 3,3 | 4,1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 66,6 | 69,5 | 65 | 69,3 | 61,8 | 27,3 | 25,1 | 30 | 26,2 | 32,5 |
| 192 | Япония [e] | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 80,9 | 81,2 | 80,9 | 80,5 | 80,5 | 91,1 | 90,6 | 90,1 | 89,9 | 89,8 | 1,5 | 1,5 | 1,7 | 1,5 | 1,5 |

[e] Данные за 2002 г. были подготовлены преимущественно ВОЗ, так как в документе «OECD Health Data 2004» их еще нет.

н/д Обозначение использовано в тех случаях, когда полученная информация указывает на то, что данные за этот год в принципе существуют, однако провести оценку не представлялось возможным.

0 Обозначение использовано в тех случаях, когда отсутствовала информация о том, существуют ли в принципе данные за этот год. В некоторых случаях оценочные величины менее 0,04% также обозначены как «0».

## Таблица 6 приложения. Отдельные показатели национальных счетов здравоохранения: выявленный уровень расходов на здравоохранение на душу населения, 1998–2002 гг.

Для обеспечения сопоставимости приведены оценочные данные ВОЗ[a]; они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | Государства-члены | Суммарные расходы на здравоохранение на душу населения по среднему обменному курсу ($ США) | | | | | Суммарные расходы на здравоохранение на душу населения по курсу международного доллара | | | | | Государственные расходы на здравоохранение на душу населения по среднему обменному курсу ($ США) | | | | | Государственные расходы на здравоохранение на душу населения по курсу международного доллара | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| 1 | Австралия | 1739 | 1889 | 1872 | 1776 | 1995 | 2110 | 2253 | 2439 | 2558 | 2699 | 1188 | 1319 | 1293 | 1213 | 1354 | 1441 | 1573 | 1684 | 1747 | 1832 |
| 2 | Австрия | 2040 | 2047 | 1831 | 1806 | 1969 | 1953 | 2069 | 2147 | 2174 | 2220 | 1422 | 1426 | 1275 | 1238 | 1375 | 1362 | 1441 | 1495 | 1490 | 1551 |
| 3 | Азербайджан | 26 | 26 | 25 | 26 | 27 | 102 | 107 | 104 | 111 | 120 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 20 | 23 | 23 | 26 | 27 |
| 4 | Албания | 58 | 75 | 75 | 87 | 94 | 229 | 258 | 264 | 299 | 302 | 21 | 28 | 30 | 31 | 36 | 82 | 97 | 104 | 108 | 117 |
| 5 | Алжир | 62 | 61 | 65 | 70 | 77 | 139 | 141 | 139 | 158 | 182 | 41 | 41 | 45 | 52 | 57 | 91 | 93 | 97 | 118 | 135 |
| 6 | Ангола | 17 | 16 | 25 | 37 | 38 | 48 | 49 | 54 | 87 | 92 | 6 | 7 | 13 | 19 | 16 | 16 | 20 | 29 | 45 | 39 |
| 7 | Андорра | 1654 | 1277 | 1205 | 1261 | 1382 | 2038 | 1642 | 1743 | 1854 | 1908 | 1301 | 914 | 845 | 895 | 975 | 1602 | 1175 | 1222 | 1316 | 1345 |
| 8 | Антигуа и Барбуда | 404 | 412 | 424 | 456 | 470 | 433 | 448 | 466 | 507 | 527 | 290 | 297 | 305 | 323 | 322 | 311 | 323 | 335 | 359 | 361 |
| 9 | Аргентина | 679 | 699 | 680 | 680 | 238 | 1061 | 1128 | 1110 | 1149 | 956 | 375 | 392 | 375 | 364 | 120 | 586 | 634 | 611 | 614 | 480 |
| 10 | Армения | 34 | 42 | 32 | 48 | 45 | 155 | 200 | 161 | 246 | 232 | 9 | 13 | 10 | 10 | 10 | 38 | 62 | 48 | 53 | 53 |
| 11 | Афганистан | 8 | 8 | 8 | 8 | 14 | 41 | 35 | 20 | 22 | 34 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 4 | 3 | 1 | 2 | 13 |
| 12 | Багамские Острова | 1000 | 1042 | 1069 | 1084 | 1127 | 1032 | 1031 | 1089 | 1043 | 1074 | 450 | 488 | 505 | 515 | 548 | 464 | 482 | 514 | 495 | 522 |
| 13 | Бангладеш | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 45 | 47 | 50 | 54 | 54 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 14 | 13 | 13 | 14 | 14 |
| 14 | Барбадос | 533 | 571 | 601 | 634 | 669 | 821 | 876 | 922 | 993 | 1018 | 348 | 374 | 396 | 429 | 458 | 537 | 573 | 607 | 671 | 696 |
| 15 | Бахрейн | 474 | 474 | 483 | 490 | 517 | 760 | 752 | 684 | 749 | 792 | 334 | 332 | 334 | 345 | 372 | 537 | 526 | 474 | 527 | 570 |
| 16 | Беларусь | 90 | 73 | 64 | 82 | 93 | 411 | 438 | 478 | 556 | 583 | 74 | 59 | 51 | 62 | 69 | 337 | 355 | 383 | 419 | 430 |
| 17 | Белиз | 133 | 149 | 156 | 167 | 176 | 228 | 251 | 263 | 291 | 300 | 69 | 72 | 75 | 75 | 83 | 118 | 122 | 126 | 131 | 142 |
| 18 | Бельгия | 2109 | 2139 | 1952 | 1983 | 2159 | 2041 | 2139 | 2288 | 2441 | 2515 | 1481 | 1510 | 1376 | 1416 | 1537 | 1433 | 1510 | 1613 | 1743 | 1790 |
| 19 | Бенин | 18 | 17 | 17 | 18 | 20 | 35 | 34 | 39 | 44 | 44 | 7 | 6 | 7 | 8 | 9 | 14 | 13 | 17 | 20 | 19 |
| 20 | Болгария | 79 | 99 | 101 | 121 | 145 | 264 | 336 | 381 | 450 | 499 | 54 | 66 | 62 | 67 | 77 | 179 | 224 | 233 | 251 | 267 |
| 21 | Боливия | 53 | 63 | 61 | 61 | 63 | 120 | 149 | 150 | 161 | 179 | 33 | 37 | 37 | 36 | 38 | 75 | 87 | 90 | 96 | 107 |
| 22 | Босния и Герцеговина | 76 | 135 | 114 | 113 | 130 | 170 | 304 | 291 | 293 | 322 | 21 | 76 | 59 | 55 | 65 | 46 | 172 | 151 | 143 | 161 |
| 23 | Ботсвана | 137 | 141 | 144 | 151 | 171 | 238 | 265 | 285 | 331 | 387 | 73 | 76 | 78 | 85 | 106 | 127 | 143 | 155 | 188 | 240 |
| 24 | Бразилия | 348 | 246 | 266 | 227 | 206 | 519 | 550 | 567 | 596 | 611 | 153 | 105 | 109 | 98 | 94 | 228 | 236 | 232 | 255 | 280 |
| 25 | Бруней-Даруссалам | 463 | 448 | 470 | 429 | 430 | 644 | 601 | 646 | 644 | 653 | 376 | 356 | 376 | 336 | 336 | 524 | 477 | 517 | 504 | 510 |
| 26 | Буркина-Фасо | 12 | 12 | 10 | 9 | 11 | 33 | 37 | 37 | 35 | 38 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 13 | 16 | 15 | 14 | 17 |
| 27 | Бурунди | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 16 | 15 | 15 | 16 | 16 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 28 | Бутан | 8 | 8 | 9 | 9 | 12 | 52 | 52 | 60 | 59 | 76 | 7 | 7 | 8 | 8 | 11 | 47 | 46 | 54 | 54 | 70 |
| 29 | Бывшая Югославская Республика Македония | 139 | 115 | 107 | 102 | 124 | 349 | 297 | 303 | 296 | 341 | 122 | 98 | 91 | 85 | 105 | 305 | 253 | 257 | 246 | 289 |
| 30 | Вануату | 50 | 48 | 46 | 42 | 44 | 123 | 117 | 122 | 116 | 121 | 35 | 35 | 33 | 31 | 32 | 86 | 84 | 88 | 85 | 89 |
| 31 | Венгрия | 335 | 345 | 326 | 375 | 496 | 775 | 820 | 847 | 961 | 1078 | 251 | 250 | 231 | 258 | 348 | 579 | 593 | 599 | 663 | 757 |
| 32 | Венесуэла (Боливарианская Республика) | 220 | 254 | 300 | 261 | 184 | 332 | 339 | 360 | 317 | 272 | 120 | 132 | 163 | 114 | 86 | 181 | 176 | 196 | 139 | 128 |
| 33 | Вьетнам | 18 | 18 | 21 | 21 | 23 | 108 | 112 | 129 | 136 | 148 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 35 | 37 | 36 | 38 | 43 |
| 34 | Габон | 162 | 130 | 138 | 151 | 159 | 272 | 197 | 193 | 240 | 248 | 98 | 64 | 55 | 66 | 66 | 165 | 97 | 76 | 105 | 102 |
| 35 | Гаити | 32 | 34 | 31 | 31 | 29 | 76 | 74 | 75 | 79 | 83 | 11 | 12 | 11 | 12 | 12 | 27 | 27 | 27 | 30 | 33 |
| 36 | Гайана | 48 | 44 | 48 | 50 | 53 | 182 | 184 | 196 | 211 | 227 | 40 | 37 | 40 | 40 | 40 | 152 | 154 | 162 | 169 | 173 |
| 37 | Гамбия | 23 | 23 | 23 | 21 | 18 | 70 | 72 | 82 | 85 | 83 | 6 | 8 | 10 | 9 | 8 | 17 | 25 | 36 | 37 | 37 |
| 38 | Гана | 22 | 23 | 14 | 15 | 17 | 61 | 67 | 68 | 71 | 73 | 9 | 9 | 6 | 6 | 7 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 39 | Гватемала | 78 | 78 | 81 | 86 | 93 | 170 | 185 | 192 | 197 | 199 | 37 | 38 | 39 | 41 | 44 | 80 | 89 | 93 | 95 | 94 |
| 40 | Гвинея | 24 | 24 | 20 | 20 | 22 | 83 | 90 | 89 | 93 | 105 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 12 | 15 | 15 | 16 | 16 |
| 41 | Гвинея-Биссау | 8 | 8 | 9 | 9 | 9 | 29 | 30 | 37 | 40 | 38 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 10 | 13 | 18 | 19 | 18 |
| 42 | Германия | 2772 | 2727 | 2398 | 2418 | 2631 | 2470 | 2563 | 2640 | 2735 | 2817 | 2179 | 2143 | 1889 | 1901 | 2066 | 1942 | 2015 | 2080 | 2151 | 2212 |
| 43 | Гондурас | 48 | 49 | 56 | 60 | 60 | 134 | 131 | 143 | 153 | 156 | 25 | 25 | 29 | 31 | 31 | 69 | 67 | 75 | 79 | 80 |
| 44 | Гренада | 205 | 225 | 245 | 262 | 285 | 330 | 366 | 394 | 426 | 465 | 135 | 157 | 171 | 188 | 202 | 217 | 255 | 276 | 307 | 330 |
| 45 | Греция | 1083 | 1146 | 1043 | 1044 | 1198 | 1428 | 1517 | 1617 | 1670 | 1814 | 564 | 612 | 562 | 554 | 634 | 743 | 810 | 872 | 887 | 960 |
| 46 | Грузия | 16 | 13 | 20 | 22 | 25 | 61 | 66 | 96 | 111 | 123 | 7 | 5 | 7 | 8 | 7 | 28 | 25 | 32 | 41 | 33 |
| 47 | Дания | 2725 | 2767 | 2478 | 2565 | 2835 | 2141 | 2297 | 2353 | 2520 | 2583 | 2235 | 2275 | 2043 | 2120 | 2352 | 1755 | 1888 | 1940 | 2083 | 2142 |
| 48 | Демократическая Республика Конго | 5 | 9 | 11 | 5 | 4 | 15 | 12 | 12 | 12 | 15 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 |
| 49 | Джибути | 52 | 52 | 52 | 51 | 54 | 75 | 74 | 74 | 74 | 78 | 27 | 27 | 27 | 26 | 28 | 39 | 39 | 39 | 38 | 41 |

| | Государства-члены | Суммарные расходы на здравоохранение на душу населения по среднему обменному курсу ($ США) | | | | | Суммарные расходы на здравоохранение на душу населения по курсу международного доллара | | | | | Государственные расходы на здравоохранение на душу населения по среднему обменному курсу ($ США) | | | | | Государственные расходы на здравоохранение на душу населения по курсу международного доллара | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| 50 | Доминика | 197 | 214 | 200 | 203 | 205 | 287 | 310 | 296 | 302 | 310 | 144 | 159 | 143 | 145 | 146 | 210 | 230 | 212 | 215 | 221 |
| 51 | Доминиканская Республика | 114 | 121 | 146 | 155 | 154 | 219 | 232 | 273 | 281 | 295 | 36 | 39 | 51 | 55 | 56 | 69 | 75 | 96 | 100 | 107 |
| 52 | Египет | 64 | 67 | 67 | 59 | 59 | 162 | 171 | 181 | 194 | 192 | 22 | 24 | 24 | 22 | 21 | 56 | 61 | 64 | 73 | 70 |
| 53 | Замбия | 21 | 17 | 17 | 20 | 20 | 51 | 40 | 38 | 50 | 51 | 11 | 9 | 9 | 10 | 11 | 28 | 21 | 20 | 26 | 27 |
| 54 | Зимбабве | 59 | 35 | 46 | 55 | 118 | 278 | 189 | 174 | 157 | 152 | 33 | 17 | 24 | 26 | 61 | 155 | 92 | 91 | 74 | 78 |
| 55 | Израиль | 1511 | 1498 | 1617 | 1754 | 1496 | 1666 | 1703 | 1828 | 2048 | 1890 | 1089 | 1040 | 1086 | 1166 | 983 | 1201 | 1182 | 1229 | 1362 | 1242 |
| 56 | Индия | 22 | 26 | 29 | 29 | 30 | 66 | 78 | 89 | 92 | 96 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 17 | 18 | 19 | 19 | 20 |
| 57 | Индонезия | 12 | 18 | 20 | 21 | 26 | 73 | 78 | 86 | 99 | 110 | 3 | 5 | 5 | 7 | 9 | 20 | 23 | 22 | 35 | 40 |
| 58 | Иордания | 144 | 148 | 154 | 163 | 165 | 345 | 360 | 385 | 410 | 418 | 77 | 71 | 70 | 74 | 76 | 185 | 174 | 174 | 187 | 193 |
| 59 | Ирак[c] | 11 | 14 | 17 | 12 | 11 | 34 | 29 | 29 | 35 | 44 | 6 | 6 | 5 | 3 | 2 | 18 | 12 | 8 | 9 | 7 |
| 60 | Иран (Исламская Республика) | 55 | 51 | 63 | 79 | 104 | 340 | 352 | 364 | 415 | 432 | 25 | 22 | 26 | 35 | 50 | 154 | 153 | 151 | 184 | 206 |
| 61 | Ирландия | 1454 | 1589 | 1579 | 1839 | 2255 | 1487 | 1623 | 1775 | 2059 | 2367 | 1112 | 1157 | 1157 | 1390 | 1695 | 1138 | 1182 | 1300 | 1557 | 1779 |
| 62 | Исландия | 2509 | 2849 | 2746 | 2478 | 2916 | 2252 | 2543 | 2561 | 2680 | 2802 | 2084 | 2389 | 2296 | 2061 | 2449 | 1870 | 2133 | 2141 | 2230 | 2353 |
| 63 | Испания | 1112 | 1139 | 1028 | 1065 | 1192 | 1371 | 1467 | 1493 | 1569 | 1640 | 803 | 820 | 735 | 760 | 850 | 990 | 1057 | 1069 | 1120 | 1170 |
| 64 | Италия | 1600 | 1597 | 1506 | 1562 | 1737 | 1800 | 1853 | 2001 | 2107 | 2166 | 1149 | 1154 | 1109 | 1187 | 1314 | 1293 | 1339 | 1474 | 1602 | 1639 |
| 65 | Йемен | 18 | 19 | 23 | 23 | 23 | 69 | 62 | 64 | 69 | 58 | 6 | 6 | 8 | 8 | 6 | 24 | 21 | 23 | 23 | 16 |
| 66 | Кабо-Верде | 64 | 63 | 57 | 64 | 69 | 157 | 150 | 166 | 188 | 193 | 48 | 46 | 42 | 48 | 52 | 118 | 111 | 122 | 142 | 145 |
| 67 | Казахстан | 53 | 46 | 48 | 48 | 56 | 179 | 212 | 231 | 223 | 261 | 29 | 24 | 24 | 27 | 30 | 99 | 110 | 117 | 126 | 139 |
| 68 | Камбоджа | 25 | 28 | 30 | 30 | 32 | 134 | 146 | 172 | 181 | 192 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 14 | 15 | 24 | 27 | 33 |
| 69 | Камерун | 28 | 31 | 28 | 28 | 31 | 55 | 62 | 62 | 64 | 68 | 5 | 8 | 8 | 7 | 8 | 9 | 15 | 17 | 17 | 18 |
| 70 | Канада | 1842 | 1916 | 2064 | 2124 | 2222 | 2291 | 2400 | 2541 | 2743 | 2931 | 1300 | 1348 | 1452 | 1488 | 1552 | 1617 | 1688 | 1788 | 1922 | 2048 |
| 71 | Катар | 736 | 759 | 844 | 862 | 935 | 920 | 822 | 716 | 797 | 894 | 566 | 578 | 638 | 650 | 731 | 707 | 626 | 542 | 601 | 700 |
| 72 | Кения | 19 | 16 | 18 | 18 | 19 | 68 | 64 | 73 | 70 | 70 | 9 | 7 | 8 | 8 | 8 | 31 | 26 | 34 | 30 | 31 |
| 73 | Кипр | 718 | 739 | 710 | 764 | 882 | 715 | 743 | 712 | 768 | 883 | 284 | 286 | 267 | 293 | 364 | 283 | 288 | 268 | 295 | 364 |
| 74 | Кирибати | 47 | 49 | 45 | 40 | 49 | 137 | 126 | 129 | 124 | 141 | 46 | 48 | 44 | 40 | 49 | 135 | 125 | 127 | 122 | 139 |
| 75 | Китай | 36 | 40 | 48 | 52 | 63 | 154 | 175 | 212 | 233 | 261 | 14 | 15 | 17 | 18 | 21 | 60 | 67 | 73 | 82 | 88 |
| 76 | Колумбия | 240 | 203 | 158 | 159 | 151 | 639 | 598 | 509 | 536 | 536 | 162 | 148 | 123 | 128 | 125 | 431 | 438 | 396 | 433 | 444 |
| 77 | Коморские Острова | 11 | 10 | 8 | 7 | 10 | 32 | 30 | 25 | 22 | 27 | 7 | 6 | 4 | 3 | 6 | 20 | 18 | 14 | 10 | 16 |
| 78 | Конго | 20 | 19 | 19 | 17 | 18 | 36 | 28 | 23 | 24 | 25 | 14 | 13 | 13 | 12 | 13 | 26 | 19 | 16 | 17 | 18 |
| 79 | Корейская Народно-Демократическая Республика[b] | 16 | 19 | 21 | 23 | 0,3 | 29 | 47 | 52 | 56 | 57 | 12 | 14 | 15 | 17 | 0,2 | 22 | 36 | 38 | 41 | 44 |
| 80 | Коста-Рика | 304 | 324 | 339 | 358 | 383 | 572 | 597 | 642 | 685 | 743 | 211 | 221 | 226 | 234 | 250 | 397 | 406 | 428 | 446 | 486 |
| 81 | Кот-д'Ивуар | 54 | 49 | 42 | 41 | 44 | 114 | 110 | 111 | 110 | 107 | 13 | 11 | 9 | 8 | 10 | 28 | 25 | 24 | 22 | 24 |
| 82 | Куба | 143 | 163 | 175 | 186 | 197 | 170 | 196 | 209 | 225 | 236 | 121 | 139 | 150 | 160 | 171 | 144 | 167 | 180 | 194 | 204 |
| 83 | Кувейт | 557 | 531 | 516 | 539 | 547 | 730 | 598 | 486 | 560 | 552 | 437 | 412 | 395 | 416 | 411 | 573 | 465 | 372 | 432 | 415 |
| 84 | Кыргызстан | 20 | 13 | 12 | 13 | 14 | 134 | 122 | 111 | 111 | 117 | 10 | 6 | 6 | 6 | 7 | 68 | 60 | 56 | 56 | 60 |
| 85 | Лаосская Народно-Демократическая Республика | 6 | 8 | 9 | 10 | 10 | 33 | 43 | 43 | 50 | 49 | 3 | 4 | 5 | 6 | 5 | 16 | 21 | 23 | 28 | 25 |
| 86 | Латвия | 159 | 179 | 182 | 190 | 203 | 381 | 410 | 423 | 456 | 477 | 104 | 114 | 107 | 111 | 130 | 250 | 262 | 249 | 266 | 306 |
| 87 | Лесото | 28 | 27 | 27 | 23 | 25 | 93 | 89 | 98 | 102 | 119 | 24 | 23 | 23 | 20 | 21 | 78 | 74 | 83 | 86 | 101 |
| 88 | Либерия | 7 | 8 | 7 | 5 | 4 | 20 | 23 | 19 | 15 | 11 | 6 | 7 | 5 | 4 | 2 | 16 | 19 | 14 | 11 | 7 |
| 89 | Ливан | 588 | 569 | 577 | 583 | 568 | 675 | 669 | 703 | 727 | 697 | 162 | 157 | 174 | 174 | 171 | 186 | 184 | 211 | 218 | 210 |
| 90 | Ливийская Арабская Джамахирия | 210 | 207 | 175 | 158 | 121 | 246 | 230 | 191 | 219 | 222 | 104 | 102 | 90 | 81 | 57 | 122 | 113 | 98 | 111 | 105 |
| 91 | Литва | 194 | 194 | 212 | 220 | 241 | 451 | 457 | 507 | 538 | 549 | 148 | 145 | 148 | 159 | 175 | 342 | 343 | 353 | 391 | 399 |
| 92 | Люксембург | 2610 | 2848 | 2459 | 2614 | 2951 | 2326 | 2731 | 2680 | 2899 | 3066 | 2373 | 2555 | 2206 | 2347 | 2521 | 2115 | 2451 | 2404 | 2603 | 2620 |
| 93 | Маврикий | 102 | 109 | 109 | 107 | 113 | 251 | 272 | 285 | 305 | 317 | 69 | 78 | 79 | 80 | 87 | 171 | 195 | 208 | 229 | 244 |
| 94 | Мавритания | 11 | 10 | 9 | 10 | 14 | 32 | 33 | 33 | 39 | 54 | 7 | 7 | 6 | 7 | 10 | 21 | 22 | 21 | 26 | 40 |
| 95 | Мадагаскар | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 | 20 | 20 | 19 | 18 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 11 | 11 | 11 | 12 | 10 |
| 96 | Малави | 15 | 14 | 12 | 14 | 14 | 42 | 43 | 42 | 46 | 48 | 5 | 5 | 4 | 6 | 6 | 15 | 14 | 14 | 20 | 20 |
| 97 | Малайзия | 99 | 109 | 129 | 143 | 149 | 236 | 255 | 294 | 342 | 349 | 51 | 58 | 69 | 77 | 80 | 122 | 135 | 156 | 183 | 188 |
| 98 | Мали | 11 | 10 | 10 | 11 | 12 | 25 | 26 | 31 | 29 | 33 | 5 | 4 | 5 | 5 | 6 | 12 | 11 | 15 | 15 | 17 |
| 99 | Мальдивские Острова | 108 | 116 | 126 | 125 | 120 | 248 | 268 | 293 | 306 | 307 | 92 | 99 | 110 | 109 | 105 | 211 | 229 | 255 | 268 | 269 |

## Таблица 6 приложения. Отдельные показатели национальных счетов здравоохранения: выявленный уровень расходов на здравоохранение на душу населения, 1998–2002 гг.

Для обеспечения сопоставимости приведены оценочные данные ВОЗ[a]; они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | | Суммарные расходы на здравоохранение на душу населения по среднему обменному курсу ($ США) | | | | | Суммарные расходы на здравоохранение на душу населения по курсу международного доллара | | | | | Государственные расходы на здравоохранение на душу населения по среднему обменному курсу ($ США) | | | | | Государственные расходы на здравоохранение на душу населения по курсу международного доллара | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Государства-члены | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| 100 | Мальта | 765 | 784 | 806 | 830 | 957 | 762 | 782 | 802 | 830 | 965 | 528 | 529 | 551 | 591 | 687 | 526 | 528 | 549 | 591 | 693 |
| 101 | Марокко | 56 | 54 | 54 | 53 | 55 | 161 | 160 | 175 | 183 | 186 | 16 | 16 | 18 | 17 | 18 | 46 | 47 | 59 | 59 | 61 |
| 102 | Маршалловы Острова | 187 | 182 | 188 | 190 | 210 | 353 | 346 | 355 | 368 | 415 | 124 | 118 | 122 | 123 | 141 | 235 | 225 | 231 | 238 | 279 |
| 103 | Мексика | 232 | 271 | 321 | 367 | 379 | 427 | 460 | 491 | 533 | 550 | 107 | 129 | 149 | 165 | 170 | 196 | 220 | 228 | 239 | 247 |
| 104 | Микронезия (Федеративные Штаты) | 137 | 138 | 140 | 143 | 143 | 281 | 283 | 297 | 308 | 311 | 121 | 121 | 121 | 124 | 126 | 248 | 249 | 257 | 268 | 275 |
| 105 | Мозамбик | 9 | 10 | 10 | 10 | 11 | 27 | 31 | 36 | 44 | 50 | 5 | 6 | 7 | 7 | 8 | 16 | 19 | 24 | 31 | 36 |
| 106 | Монако | 3342 | 3267 | 3053 | 3051 | 3656 | 3014 | 3156 | 3533 | 3722 | 4258 | 2528 | 2400 | 2312 | 2337 | 2909 | 2280 | 2318 | 2676 | 2851 | 3388 |
| 107 | Монголия | 24 | 21 | 23 | 25 | 27 | 106 | 110 | 115 | 119 | 128 | 16 | 14 | 16 | 18 | 19 | 69 | 73 | 81 | 86 | 90 |
| 108 | Мьянма[d] | 102 | 135 | 184 | 229 | 315 | 20 | 21 | 28 | 28 | 30 | 11 | 15 | 25 | 29 | 58 | 2 | 2 | 4 | 3 | 6 |
| 109 | Намибия | 129 | 128 | 126 | 114 | 99 | 317 | 333 | 342 | 347 | 331 | 93 | 94 | 87 | 81 | 70 | 230 | 244 | 236 | 247 | 232 |
| 110 | Науру | 640 | 700 | 645 | 585 | 656 | 1222 | 1317 | 1334 | 1327 | 1334 | 569 | 624 | 574 | 519 | 582 | 1087 | 1174 | 1185 | 1176 | 1184 |
| 111 | Непал | 10 | 10 | 11 | 11 | 12 | 55 | 53 | 55 | 61 | 64 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 14 | 11 | 12 | 15 | 17 |
| 112 | Нигер | 8 | 9 | 7 | 7 | 7 | 26 | 29 | 29 | 28 | 27 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 11 | 15 | 15 | 14 | 14 |
| 113 | Нигерия | 17 | 17 | 18 | 20 | 19 | 47 | 47 | 39 | 42 | 43 | 4 | 5 | 6 | 6 | 5 | 12 | 14 | 13 | 13 | 11 |
| 114 | Нидерланды | 1977 | 2003 | 1821 | 1974 | 2298 | 1955 | 2025 | 2112 | 2377 | 2564 | 1328 | 1321 | 1211 | 1300 | 1508 | 1314 | 1335 | 1404 | 1566 | 1683 |
| 115 | Никарагуа | 54 | 52 | 59 | 59 | 60 | 168 | 168 | 191 | 199 | 206 | 27 | 24 | 29 | 29 | 29 | 83 | 77 | 94 | 98 | 101 |
| 116 | Ниуэ | 298 | 350 | 288 | 327 | 373 | 94 | 117 | 114 | 145 | 149 | 293 | 344 | 283 | 321 | 367 | 92 | 116 | 113 | 143 | 147 |
| 117 | Новая Зеландия | 1125 | 1155 | 1054 | 1056 | 1255 | 1441 | 1527 | 1611 | 1710 | 1857 | 866 | 895 | 823 | 807 | 978 | 1110 | 1183 | 1257 | 1307 | 1447 |
| 118 | Норвегия | 2865 | 3024 | 2850 | 3352 | 4033 | 2313 | 2561 | 2747 | 3258 | 3409 | 2427 | 2576 | 2422 | 2795 | 3366 | 1959 | 2182 | 2335 | 2716 | 2845 |
| 119 | Объединенная Республика Танзания | 12 | 12 | 13 | 14 | 13 | 24 | 25 | 27 | 31 | 31 | 6 | 6 | 6 | 8 | 7 | 12 | 12 | 14 | 17 | 17 |
| 120 | Объединенные Арабские Эмираты | 724 | 704 | 787 | 824 | 802 | 724 | 759 | 759 | 798 | 750 | 557 | 527 | 594 | 619 | 589 | 557 | 569 | 573 | 600 | 551 |
| 121 | Оман | 209 | 221 | 245 | 232 | 246 | 377 | 360 | 340 | 354 | 379 | 171 | 184 | 193 | 191 | 201 | 308 | 299 | 268 | 291 | 309 |
| 122 | Острова Кука | 169 | 155 | 170 | 241 | 256 | 389 | 406 | 515 | 751 | 697 | 155 | 139 | 155 | 226 | 238 | 357 | 364 | 468 | 705 | 648 |
| 123 | Пакистан | 16 | 15 | 14 | 12 | 13 | 61 | 63 | 60 | 60 | 62 | 6 | 5 | 4 | 4 | 5 | 22 | 19 | 19 | 19 | 21 |
| 124 | Палау | 502 | 447 | 456 | 424 | 439 | 720 | 687 | 684 | 735 | 730 | 466 | 408 | 418 | 390 | 400 | 669 | 628 | 627 | 677 | 664 |
| 125 | Панама | 345 | 307 | 353 | 336 | 355 | 545 | 484 | 574 | 554 | 576 | 254 | 213 | 254 | 240 | 254 | 400 | 336 | 413 | 395 | 413 |
| 126 | Папуа-Новая Гвинея | 29 | 28 | 27 | 24 | 22 | 124 | 143 | 143 | 143 | 136 | 26 | 25 | 25 | 21 | 19 | 113 | 128 | 128 | 127 | 120 |
| 127 | Парагвай | 107 | 105 | 119 | 102 | 82 | 270 | 299 | 346 | 352 | 343 | 49 | 47 | 48 | 36 | 31 | 123 | 134 | 139 | 124 | 131 |
| 128 | Перу | 102 | 98 | 96 | 94 | 93 | 209 | 227 | 226 | 225 | 226 | 53 | 52 | 51 | 49 | 47 | 110 | 120 | 120 | 117 | 113 |
| 129 | Польша | 264 | 249 | 247 | 292 | 303 | 563 | 571 | 584 | 635 | 657 | 172 | 177 | 173 | 210 | 219 | 368 | 406 | 409 | 457 | 476 |
| 130 | Португалия | 932 | 985 | 951 | 994 | 1092 | 1290 | 1424 | 1570 | 1662 | 1702 | 625 | 665 | 660 | 702 | 770 | 866 | 962 | 1091 | 1173 | 1201 |
| 131 | Республика Корея | 319 | 438 | 483 | 524 | 577 | 571 | 690 | 748 | 923 | 982 | 149 | 206 | 237 | 286 | 305 | 268 | 324 | 367 | 504 | 519 |
| 132 | Республика Молдова | 27 | 18 | 19 | 22 | 27 | 121 | 117 | 115 | 124 | 151 | 17 | 8 | 10 | 11 | 16 | 77 | 54 | 60 | 64 | 88 |
| 133 | Российская Федерация | 112 | 70 | 102 | 128 | 150 | 371 | 345 | 428 | 485 | 535 | 62 | 39 | 58 | 70 | 84 | 208 | 193 | 242 | 264 | 298 |
| 134 | Руанда | 15 | 14 | 13 | 11 | 11 | 39 | 42 | 43 | 44 | 48 | 8 | 8 | 7 | 6 | 6 | 20 | 22 | 23 | 25 | 27 |
| 135 | Румыния | 96 | 91 | 96 | 109 | 128 | 319 | 359 | 378 | 429 | 469 | 57 | 59 | 65 | 74 | 85 | 190 | 233 | 256 | 291 | 309 |
| 136 | Сальвадор | 165 | 163 | 170 | 169 | 178 | 347 | 347 | 357 | 353 | 372 | 70 | 71 | 76 | 72 | 80 | 148 | 151 | 161 | 150 | 166 |
| 137 | Самоа | 76 | 84 | 80 | 74 | 88 | 181 | 200 | 215 | 211 | 238 | 56 | 62 | 61 | 61 | 67 | 133 | 148 | 165 | 173 | 181 |
| 138 | Сан-Марино | 2159 | 2346 | 2118 | 2315 | 2475 | 2429 | 2723 | 2815 | 3124 | 3094 | 1673 | 1825 | 1639 | 1837 | 1959 | 1882 | 2118 | 2179 | 2479 | 2449 |
| 139 | Сан-Томе и Принсипи | 25 | 32 | 29 | 33 | 36 | 77 | 89 | 86 | 100 | 108 | 21 | 28 | 25 | 29 | 32 | 64 | 78 | 74 | 88 | 95 |
| 140 | Саудовская Аравия | 354 | 313 | 336 | 360 | 345 | 662 | 533 | 523 | 600 | 534 | 281 | 236 | 252 | 280 | 266 | 525 | 403 | 392 | 465 | 411 |
| 141 | Свазиленд | 96 | 85 | 81 | 73 | 66 | 330 | 305 | 298 | 300 | 309 | 54 | 50 | 48 | 42 | 39 | 187 | 180 | 175 | 174 | 184 |
| 142 | Сейшельские Острова | 448 | 441 | 395 | 388 | 425 | 562 | 564 | 544 | 568 | 557 | 347 | 338 | 298 | 294 | 316 | 435 | 432 | 409 | 430 | 414 |
| 143 | Сенегал | 22 | 23 | 22 | 25 | 27 | 44 | 49 | 54 | 62 | 62 | 8 | 9 | 9 | 11 | 12 | 16 | 19 | 23 | 28 | 28 |
| 144 | Сент-Винсент и Гренадины | 153 | 161 | 162 | 166 | 180 | 286 | 306 | 314 | 318 | 340 | 92 | 98 | 104 | 106 | 118 | 173 | 186 | 201 | 204 | 223 |
| 145 | Сент-Китс и Невис | 345 | 393 | 435 | 443 | 467 | 512 | 576 | 624 | 637 | 667 | 216 | 236 | 277 | 284 | 290 | 320 | 346 | 397 | 409 | 414 |
| 146 | Сент-Люсия | 199 | 213 | 225 | 227 | 229 | 263 | 283 | 298 | 303 | 306 | 134 | 147 | 157 | 156 | 157 | 177 | 194 | 208 | 209 | 209 |
| 147 | Сербия и Черногория | 132 | 76 | 61 | 90 | 120 | 382 | 293 | 308 | 298 | 305 | 82 | 45 | 34 | 54 | 75 | 237 | 174 | 169 | 179 | 191 |
| 148 | Сингапур | 900 | 849 | 824 | 816 | 898 | 943 | 967 | 933 | 995 | 1105 | 374 | 326 | 291 | 274 | 277 | 392 | 371 | 329 | 334 | 341 |
| 149 | Сирийская Арабская Республика | 57 | 60 | 60 | 61 | 58 | 111 | 112 | 105 | 106 | 109 | 23 | 25 | 26 | 27 | 27 | 45 | 46 | 45 | 48 | 50 |
| 150 | Словакия | 235 | 225 | 214 | 223 | 265 | 559 | 595 | 608 | 652 | 723 | 215 | 202 | 192 | 199 | 237 | 512 | 535 | 546 | 584 | 646 |
| 151 | Словения | 813 | 829 | 765 | 821 | 922 | 1223 | 1299 | 1356 | 1487 | 1547 | 616 | 626 | 582 | 615 | 690 | 927 | 981 | 1031 | 1114 | 1158 |

| | Государства-члены | Суммарные расходы на здравоохранение на душу населения по среднему обменному курсу ($ США) | | | | | Суммарные расходы на здравоохранение на душу населения по курсу международного доллара | | | | | Государственные расходы на здравоохранение на душу населения по среднему обменному курсу ($ США) | | | | | Государственные расходы на здравоохранение на душу населения по курсу международного доллара | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| 152 | Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии | 1688 | 1781 | 1784 | 1837 | 2031 | 1607 | 1725 | 1839 | 2012 | 2160 | 1356 | 1436 | 1442 | 1524 | 1693 | 1292 | 1391 | 1488 | 1669 | 1801 |
| 153 | Соединенные Штаты Америки | 4096 | 4298 | 4539 | 4873 | 5274 | 4096 | 4298 | 4539 | 4873 | 5274 | 1823 | 1905 | 2017 | 2187 | 2368 | 1823 | 1905 | 2017 | 2187 | 2368 |
| 154 | Соломоновы Острова | 40 | 42 | 39 | 38 | 29 | 109 | 116 | 99 | 90 | 83 | 37 | 39 | 37 | 36 | 27 | 102 | 108 | 92 | 84 | 77 |
| 155 | Сомали | 6 | 7 | 6 | 6 | п/а | 15 | 14 | 13 | 13 | п/а | 3 | 3 | 3 | 3 | п/а | 7 | 6 | 6 | 6 | н/д |
| 156 | Судан | 20 | 18 | 17 | 18 | 19 | 49 | 53 | 49 | 51 | 58 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 9 | 8 | 9 | 10 | 12 |
| 157 | Суринам | 194 | 104 | 188 | 144 | 197 | 289 | 194 | 351 | 338 | 385 | 120 | 62 | 81 | 57 | 82 | 178 | 115 | 152 | 134 | 161 |
| 158 | Сьерра-Леоне | 5 | 6 | 6 | 7 | 6 | 21 | 23 | 28 | 29 | 27 | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 9 | 12 | 17 | 18 | 16 |
| 159 | Таджикистан | 7 | 7 | 5 | 6 | 6 | 33 | 40 | 38 | 43 | 47 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 12 | 11 | 11 | 12 | 13 |
| 160 | Таиланд | 73 | 75 | 72 | 66 | 90 | 234 | 231 | 237 | 241 | 321 | 42 | 43 | 42 | 39 | 63 | 133 | 132 | 138 | 142 | 223 |
| 161 | Тимор-Лешти | 40 | 32 | 32 | 51 | 47 | 113 | 132 | 117 | 194 | 195 | 27 | 23 | 21 | 33 | 30 | 77 | 94 | 77 | 125 | 125 |
| 162 | Того | 35 | 35 | 26 | 26 | 36 | 134 | 138 | 125 | 128 | 163 | 7 | 8 | 4 | 4 | 4 | 27 | 31 | 18 | 18 | 18 |
| 163 | Тонга | 95 | 91 | 92 | 88 | 91 | 230 | 227 | 257 | 288 | 292 | 67 | 66 | 68 | 65 | 67 | 163 | 162 | 189 | 212 | 214 |
| 164 | Тринидад и Тобаго | 192 | 207 | 234 | 244 | 264 | 337 | 361 | 388 | 381 | 428 | 87 | 92 | 95 | 97 | 98 | 152 | 160 | 156 | 152 | 160 |
| 165 | Тувалу | 68 | 75 | 74 | 66 | 78 | 68 | 83 | 94 | 87 | 77 | 41 | 43 | 39 | 35 | 36 | 40 | 48 | 50 | 46 | 36 |
| 166 | Тунис | 126 | 124 | 115 | 120 | 126 | 347 | 350 | 369 | 405 | 415 | 64 | 65 | 56 | 61 | 63 | 175 | 183 | 179 | 207 | 207 |
| 167 | Туркменистан | 27 | 29 | 46 | 58 | 79 | 157 | 156 | 218 | 228 | 182 | 20 | 20 | 33 | 40 | 56 | 116 | 108 | 156 | 158 | 129 |
| 168 | Турция | 149 | 180 | 195 | 137 | 172 | 312 | 392 | 443 | 391 | 420 | 107 | 110 | 122 | 86 | 113 | 224 | 240 | 279 | 244 | 276 |
| 169 | Уганда | 15 | 17 | 16 | 18 | 18 | 46 | 56 | 62 | 72 | 77 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 13 | 17 | 17 | 20 | 22 |
| 170 | Узбекистан | 41 | 41 | 31 | 25 | 21 | 144 | 134 | 133 | 140 | 143 | 20 | 20 | 14 | 12 | 9 | 70 | 66 | 62 | 65 | 65 |
| 171 | Украина | 41 | 27 | 26 | 34 | 40 | 163 | 144 | 154 | 184 | 210 | 29 | 19 | 18 | 24 | 29 | 117 | 99 | 106 | 127 | 150 |
| 172 | Уругвай | 722 | 668 | 631 | 597 | 361 | 995 | 976 | 965 | 980 | 805 | 273 | 233 | 211 | 202 | 105 | 376 | 340 | 323 | 331 | 234 |
| 173 | Фиджи | 82 | 85 | 80 | 79 | 94 | 197 | 194 | 203 | 209 | 240 | 54 | 56 | 52 | 53 | 60 | 129 | 127 | 132 | 140 | 155 |
| 174 | Филиппины | 32 | 36 | 34 | 30 | 28 | 163 | 164 | 169 | 163 | 153 | 13 | 16 | 16 | 13 | 11 | 69 | 72 | 80 | 71 | 60 |
| 175 | Финляндия | 1732 | 1710 | 1543 | 1628 | 1852 | 1607 | 1640 | 1698 | 1841 | 1943 | 1321 | 1288 | 1159 | 1228 | 1401 | 1226 | 1235 | 1276 | 1389 | 1470 |
| 176 | Франция | 2306 | 2282 | 2061 | 2103 | 2348 | 2231 | 2306 | 2416 | 2588 | 2736 | 1753 | 1735 | 1563 | 1596 | 1786 | 1696 | 1754 | 1832 | 1964 | 2080 |
| 177 | Хорватия | 387 | 387 | 374 | 366 | 369 | 575 | 628 | 689 | 674 | 630 | 330 | 333 | 323 | 313 | 300 | 490 | 541 | 595 | 576 | 513 |
| 178 | Центральноафриканская Республика | 10 | 10 | 10 | 10 | 11 | 40 | 43 | 47 | 48 | 50 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 14 | 16 | 19 | 19 | 21 |
| 179 | Чад | 12 | 12 | 11 | 12 | 14 | 35 | 39 | 43 | 45 | 47 | 4 | 4 | 5 | 5 | 6 | 11 | 13 | 18 | 19 | 20 |
| 180 | Чешская Республика | 391 | 380 | 358 | 408 | 504 | 916 | 932 | 977 | 1083 | 1118 | 359 | 347 | 327 | 373 | 461 | 841 | 853 | 892 | 990 | 1022 |
| 181 | Чили | 325 | 293 | 281 | 253 | 246 | 607 | 598 | 595 | 621 | 642 | 118 | 112 | 119 | 110 | 111 | 221 | 230 | 251 | 271 | 290 |
| 182 | Швейцария | 3908 | 3881 | 3572 | 3774 | 4219 | 2967 | 2985 | 3112 | 3287 | 3446 | 2144 | 2148 | 1986 | 2156 | 2443 | 1628 | 1652 | 1731 | 1878 | 1995 |
| 183 | Швеция | 2335 | 2395 | 2277 | 2169 | 2489 | 1960 | 2118 | 2241 | 2366 | 2512 | 2003 | 2053 | 1933 | 1841 | 2124 | 1682 | 1816 | 1902 | 2008 | 2144 |
| 184 | Шри-Ланка | 29 | 30 | 32 | 30 | 32 | 102 | 112 | 122 | 123 | 131 | 15 | 15 | 16 | 15 | 16 | 52 | 55 | 60 | 60 | 64 |
| 185 | Эквадор | 84 | 65 | 53 | 80 | 91 | 170 | 172 | 156 | 192 | 197 | 32 | 25 | 17 | 27 | 33 | 65 | 68 | 49 | 64 | 71 |
| 186 | Экваториальная Гвинея | 42 | 44 | 52 | 65 | 83 | 132 | 113 | 92 | 117 | 139 | 26 | 28 | 35 | 46 | 60 | 82 | 70 | 61 | 82 | 100 |
| 187 | Эритрея | 10 | 8 | 8 | 9 | 8 | 35 | 30 | 29 | 34 | 36 | 7 | 5 | 5 | 6 | 5 | 23 | 18 | 18 | 21 | 23 |
| 188 | Эстония | 223 | 244 | 221 | 224 | 263 | 494 | 548 | 548 | 557 | 604 | 193 | 196 | 169 | 174 | 201 | 426 | 440 | 421 | 433 | 461 |
| 189 | Эфиопия | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 15 | 16 | 19 | 20 | 21 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 7 | 8 | 9 | 8 | 9 |
| 190 | Южная Африка | 261 | 266 | 244 | 224 | 206 | 585 | 628 | 625 | 673 | 689 | 117 | 109 | 103 | 92 | 84 | 262 | 258 | 265 | 277 | 280 |
| 191 | Ямайка | 175 | 162 | 191 | 178 | 180 | 217 | 202 | 239 | 231 | 234 | 102 | 81 | 100 | 77 | 103 | 127 | 101 | 126 | 100 | 134 |
| 192 | Япония[e] | 2222 | 2601 | 2827 | 2558 | 2476 | 1742 | 1829 | 1958 | 2077 | 2133 | 1795 | 2109 | 2298 | 2089 | 2022 | 1407 | 1483 | 1591 | 1696 | 1742 |

[a] Источники информации и методы – см. в разделе «Пояснительные комментарии».

[b] Обменный курс изменился с 2,15 вон в 2001 г. до 152 вон в 2002 г., что обусловило резкую разницу суммарных расходов на здравоохранение и общих государственных расходов на здравоохранение в долларах США между этими двумя годами.

[c] Приведены предварительные оценки, в ожидании поступления окончательных сведений о расходах в рамках программы «Нефть в обмен на продовольствие». Данные не включают расходы в трех северных провинциях.

[d] Были использованы официальные обменные курсы валют.

[e] Данные за 2002 г. были подготовлены преимущественно ВОЗ, так как в документе «OECD Health Data 2004» их еще нет.

н/д Обозначение использовано в тех случаях, когда полученная информация указывает на то, что данные за этот год в принципе существуют, однако провести оценку не представлялось возможным.

## Таблица 7 приложения. Отдельные показатели качества иммунизации во всех государствах-членах ВОЗ

Для обеспечения сопоставимости приведены оценочные данные ВОЗ[a]. Они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | Государства-члены | Новорожденные, иммунизированные вакциной БЦЖ, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные 3 дозами вакцины КДС, 2003 г. (%) | Дети в возрасте до 2-х лет, иммунизированные 1 дозой коревой вакцины, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные 3 дозами вакцины против гепатита В, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные 3 дозами Hib-вакцины, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные вакциной против желтой лихорадки, 2003 г. (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Австралия | н/п | 92 | 93 | 95 | 94 | н/п |
| 2 | Австрия | н/п | 84 | 79 | 44 | 84 | н/п |
| 3 | Азербайджан | 99 | 97 | 98 | 98 | н/п | н/п |
| 4 | Албания | 95 | 97 | 93 | 97 | н/п | н/п |
| 5 | Алжир | 98 | 87 | 84 | применяется, нет оценки охвата | риск есть, не применяется | н/п |
| 6 | Ангола | 62 | 46 | 62 | не применяется | риск есть, не применяется | 52 |
| 7 | Андорра | н/п | 99 | 96 | 84 | 91 | н/п |
| 8 | Антигуа и Барбуда | н/п | 99 | 99 | 99 | 99 | н/п |
| 9 | Аргентина | 99 | 88 | 97 | применяется, нет оценки охвата | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 10 | Армения | 92 | 94 | 94 | 93 | н/п | н/п |
| 11 | Афганистан | 56 | 54 | 50 | не применяется | н/п | н/п |
| 12 | Багамские Острова | н/п | 92 | 90 | 88 | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 13 | Бангладеш | 95 | 85 | 77 | применяется, нет оценки охвата | н/п | н/п |
| 14 | Барбадос | н/п | 86 | 90 | 91 | 86 | н/п |
| 15 | Бахрейн | н/п | 97 | 100 | 98 | 97 | н/п |
| 16 | Беларусь | 99 | 86 | 99 | 99 | н/п | н/п |
| 17 | Белиз | 99 | 96 | 96 | 96 | 96 | н/п |
| 18 | Бельгия | н/п | 90 | 75 | 50 | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 19 | Бенин | 99 | 88 | 83 | 81 | риск есть, не применяется | 83 |
| 20 | Болгария | 98 | 96 | 96 | 96 | н/п | н/п |
| 21 | Боливия | 94 | 81 | 64 | 81 | 95 | применяется, нет оценки охвата |
| 22 | Босния и Герцеговина | 94 | 87 | 84 | применяется, нет оценки охвата | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 23 | Ботсвана | 99 | 97 | 90 | 78 | риск есть, не применяется | н/п |
| 24 | Бразилия | 99 | 96 | 99 | 91 | применяется, нет оценки охвата | применяется, нет оценки охвата |
| 25 | Бруней-Даруссалам | 99 | 99 | 99 | 99 | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 26 | Буркина-Фасо | 83 | 84 | 76 | не применяется | риск есть, не применяется | 71 |
| 27 | Бурунди | 84 | 74 | 75 | не применяется | риск есть, не применяется | не применяется |
| 28 | Бутан | 93 | 95 | 88 | 95 | н/п | н/п |
| 29 | Бывшая Югославская Республика Македония | 95 | 96 | 96 | не применяется | н/п | н/п |
| 30 | Вануату | 63 | 49 | 48 | 56 | риск есть, не применяется | н/п |
| 31 | Венгрия | 99 | 99 | 99 | не применяется | 100 | н/п |

| | Округа, достигшие не менее 80% охвата иммунизацией тремя дозами вакцины КДС в 2003 г. (%) | Дети, родившиеся в 2003 г., защищенные от столбняка путем вакцинации их матерей столбнячным анатоксином (ЗПР) (%) | Беременные женщины, иммунизированные не менее чем 2 дозами столбнячного анатоксина, 2003 г. (%) | Число инфекций, включенных в программу плановой иммунизации детей в возрасте до 24 месяцев, 2003 г. | Была ли создана вторая возможность для иммунизации против кори? | Выдача витамина А в сочетании с плановой иммунизацией, 2003 г. | Число случаев заболеваний, обусловленных дикими полиовирусами, 2004 г. (на 25.01.2005 г.) | Статус страны в отношении ликвидации полиомиелита, 2004 г. | Использование саморазрушающихся шприцев (СРШ), 2003 г. | Использование вакцин гарантированного качества, 2003 г. | Общие затраты на плановую закупку вакцин за счет государственных средств, 2003 г. (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | н.д. | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 2 | н.д. | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 3 | 91 | н/п | н/п | 9 | Да | Да | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 51 |
| 4 | 100 | н/п | 73 | 8 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | использовали только СРШ | Да | 40 |
| 5 | н.д. | н/п | 55 | 7 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | частичное использование СРШ | Да | 100 |
| 6 | 7 | 72 | 72 | 7 | Да | Да | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | 10 |
| 7 | н.д. | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 100 |
| 8 | н.д. | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | информации нет | Да | н.д. |
| 9 | н.д. | н/п | н.д. | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | информации нет | Да | н.д. |
| 10 | 100 | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 65 |
| 11 | 19 | 40 | 40 | 6 | Да | Нет | 4 | эндемичная | частичное использование СРШ | Да | 0 |
| 12 | н.д. | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | информации нет | Да | н.д. |
| 13 | 97 | 89 | 89 | 7 | Нет | Да | 0 | неэндемичная | частичное использование СРШ | Да | 100 |
| 14 | н.д. | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | информации нет | Да | н.д. |
| 15 | н.д. | н/п | 56 | 9 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 16 | 100 | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 17 | 100 | н/п | н.д. | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 18 | н.д. | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 19 | 77 | 56 | 72 | 8 | Да | Да | 6 | занос вируса | использовали только СРШ | Да | 0 |
| 20 | 100 | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 100 |
| 21 | 83 | н/п | н.д. | 11 | Да | Да | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | использовали только СРШ | Да | н.д. |
| 22 | 78 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 70 |
| 23 | 100 | н/п | 55 | 7 | Да | Нет | 1 | занос вируса | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 24 | 84 | н/п | н.д. | 11 | Да | Да | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 25 | 100 | н/п | н.д. | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 26 | 43 | 50 | 50 | 7 | Да | Нет | 8 | циркуляция возобновилась | использовали только СРШ | Да | 100 |
| 27 | 88 | 46 | 41 | 6 | Да | Да | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | н.д. |
| 28 | 95 | н/п | 78 | 7 | Нет | Нет | 0 | неэндемичная | частичное использование СРШ | Да | н.д. |
| 29 | 100 | н/п | н/п | 8 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 90 |
| 30 | 17 | н/п | 63 | 7 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 100 |
| 31 | 100 | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | н.д. |

## Таблица 7 приложения. Отдельные показатели качества иммунизации во всех государствах-членах ВОЗ

Для обеспечения сопоставимости приведены оценочные данные ВОЗ[a]. Они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | Государства-члены | Новорожденные, иммунизированные вакциной БЦЖ, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные 3 дозами вакцины КДС, 2003 г. (%) | Дети в возрасте до 2-х лет, иммунизированные 1 дозой коревой вакцины, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизиро-ванные 3 дозами вакцины против гепатита В, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные 3 дозами Hib-вакцины, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные вакциной против желтой лихорадки, 2003 г. (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 32 | Венесуэла (Боливарианская Республика) | 91 | 68 | 82 | 75 | 54 | применяется, нет оценки охвата |
| 33 | Вьетнам | 98 | 99 | 93 | 78 | н/п | н/п |
| 34 | Габон | 89 | 38 | 55 | не применяется | риск есть, не применяется | 15 |
| 35 | Гаити | 71 | 43 | 53 | не применяется | риск есть, не применяется | н/п |
| 36 | Гайана | 95 | 90 | 89 | 90 | 90 | применяется, нет оценки охвата |
| 37 | Гамбия | 99 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 |
| 38 | Гана | 92 | 80 | 80 | 80 | 80 | 77 |
| 39 | Гватемала | 97 | 83 | 75 | не применяется | риск есть, не применяется | н/п |
| 40 | Гвинея | 78 | 45 | 52 | не применяется | риск есть, не применяется | 47 |
| 41 | Гвинея-Биссау | 84 | 77 | 61 | не применяется | риск есть, не применяется | не применяется |
| 42 | Германия | н/п | 89 | 92 | 81 | 89 | н/п |
| 43 | Гондурас | 91 | 92 | 95 | 92 | 92 | н/п |
| 44 | Гренада | н/п | 97 | 99 | 97 | 98 | н/п |
| 45 | Греция | н/п | 88 | 88 | 88 | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 46 | Грузия | 87 | 76 | 73 | 49 | н/п | н/п |
| 47 | Дания | н/п | 96 | 96 | не применяется | 96 | н/п |
| 48 | Демократическая Республика Конго | 68 | 49 | 54 | не применяется | риск есть, не применяется | 29 |
| 49 | Джибути | 63 | 68 | 66 | не применяется | риск есть, не применяется | н/п |
| 50 | Доминика | 99 | 99 | 99 | не применяется | риск есть, не применяется | н/п |
| 51 | Доминиканская Республика | 90 | 65 | 79 | 81 | 75 | н/п |
| 52 | Египет | 98 | 98 | 98 | 98 | риск есть, не применяется | н/п |
| 53 | Замбия | 94 | 80 | 84 | не применяется | риск есть, не применяется | н/п |
| 54 | Зимбабве | 92 | 80 | 80 | 80 | риск есть, не применяется | н/п |
| 55 | Израиль | н/п | 97 | 95 | 98 | 96 | н/п |
| 56 | Индия | 81 | 70 | 67 | применяется, нет оценки охвата | н/п | н/п |
| 57 | Индонезия | 82 | 70 | 72 | 75 | н/п | н/п |
| 58 | Иордания | н/п | 97 | 96 | 97 | 97 | н/п |
| 59 | Ирак | 93 | 81 | 90 | 70 | риск есть, не применяется | н/п |
| 60 | Иран (Исламская Республика) | 99 | 99 | 99 | 98 | риск есть, не применяется | н/п |
| 61 | Ирландия | 90 | 85 | 78 | не применяется | 86 | н/п |
| 62 | Исландия | н/п | 97 | 93 | не применяется | 97 | н/п |

| | Округа, достигшие не менее 80% охвата иммунизацией тремя дозами вакцины КДС в 2003 г. (%) | Дети, родившиеся в 2003 г., защищенные от столбняка путем вакцинации их матерей столбнячным анатоксином (ЗПР) (%) | Беременные женщины, иммунизированные не менее чем 2 дозами столбнячного анатоксина, 2003 г. (%) | Число инфекций, включенных в программу плановой иммунизации детей в возрасте до 24 месяцев, 2003 г. | Была ли создана вторая возможность для иммунизации против кори? | Выдача витамина А в сочетании с плановой иммунизацией, 2003 г. | Число случаев заболеваний, обусловленных дикими полиовирусами, 2004 г. (на 25.01.2005 г.) | Статус страны в отношении ликвидации полиомиелита, 2004 г. | Использование саморазрушающихся шприцев (СРШ), 2003 г. | Использование вакцин гарантированного качества, 2003 г. | Общие затраты на плановую закупку вакцин за счет государственных средств, 2003 г. (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 32 | 45 | н/п | н.д. | 11 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 33 | 94 | 79 | 91 | 8 | Да | Да | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Частично | 55 |
| 34 | 32 | 54 | 30 | 7 | Нет | Нет | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 35 | 28 | 52 | н.д. | 6 | Да | Да | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | использовали только СРШ | Да | н.д. |
| 36 | 85 | н/п | н.д. | 11 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | н.д. |
| 37 | 14 | н/п | 95 | 9 | Да | Да | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | 63 |
| 38 | 48 | 70 | 66 | 9 | Да | Да | 0 | неэндемичная | частичное использование СРШ | Да | н.д. |
| 39 | 96 | н/п | н.д. | 8 | Да | Да | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | использовали только СРШ | Да | 0 |
| 40 | 18 | 74 | 58 | 7 | Да | Да | 4 | занос вируса | использовали только СРШ | Да | н.д. |
| 41 | 55 | 66 | 38 | 6 | Нет | Да | 0 | неэндемичная | частичное использование СРШ | Да | н.д. |
| 42 | н.д. | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 10 |
| 43 | 93 | н/п | н.д. | 10 | Да | Да | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 100 |
| 44 | 100 | н/п | н.д. | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 100 |
| 45 | н.д. | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | информации нет | Да | н.д. |
| 46 | 48 | н/п | н/п | 8 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 19 |
| 47 | 100 | н/п | н/п | 8 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 48 | 15 | 48 | 48 | 7 | Нет | Да | 0 | неэндемичная | частичное использование СРШ | Да | н.д. |
| 49 | 0 | н/п | 35 | 6 | Нет | Нет | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 50 | н.д. | н/п | н.д. | 8 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | информации нет | Да | н.д. |
| 51 | 40 | н/п | н.д. | 10 | Да | Да | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 65 |
| 52 | н.д. | 71 | 66 | 9 | Да | Да | 1 | эндемичная | СРШ не использовали | Частично | н.д. |
| 53 | 76 | 60 | 81 | 6 | Да | Да | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | 0 |
| 54 | 10 | 60 | 60 | 7 | Да | Да | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 55 | 82 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 56 | н.д. | 78 | 69 | 7 | Нет | Да | 130 | эндемичная | частичное использование СРШ | Да | 100 |
| 57 | 72 | 51 | 84 | 7 | Нет | Да | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | 90 |
| 58 | 100 | н/п | 24 | 9 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 59 | н.д. | 70 | н.д. | 9 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | информации нет | Да | н.д. |
| 60 | 100 | н/п | н/п | 7 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Нет | 100 |
| 61 | 100 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | информации нет | Да | н.д. |
| 62 | н.д. | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | использовали только СРШ | Да | 100 |

## Таблица 7 приложения. Отдельные показатели качества иммунизации во всех государствах-членах ВОЗ

Для обеспечения сопоставимости приведены оценочные данные ВОЗ[a]. Они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | Государства-члены | Новорожденные, иммунизированные вакциной БЦЖ, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные 3 дозами вакцины КДС, 2003 г. (%) | Дети в возрасте до 2-х лет, иммунизированные 1 дозой коревой вакцины, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизиро-ванные 3 дозами вакцины против гепатита В, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные 3 дозами Hib-вакцины, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные вакциной против желтой лихорадки, 2003 г. (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 63 | Испания | н/п | 98 | 97 | 83 | 98 | н/п |
| 64 | Италия | н/п | 96 | 83 | 97 | 95 | н/п |
| 65 | Йемен | 67 | 66 | 66 | 42 | риск есть, не применяется | н/п |
| 66 | Кабо-Верде | 78 | 78 | 68 | 54 | риск есть, не применяется | не применяется |
| 67 | Казахстан | 99 | 99 | 99 | 99 | н/п | н/п |
| 68 | Камбоджа | 76 | 69 | 65 | применяется, нет оценки охвата | н/п | н/п |
| 69 | Камерун | 82 | 73 | 61 | применяется, нет оценки охвата | риск есть, не применяется | не применяется |
| 70 | Канада | н/п | 91 | 95 | применяется, нет оценки охвата | 83 | н/п |
| 71 | Катар | 99 | 92 | 93 | 98 | 96 | н/п |
| 72 | Кения | 87 | 73 | 72 | 73 | 73 | 56 |
| 73 | Кипр | н/п | 98 | 86 | 88 | 58 | н/п |
| 74 | Кирибати | 99 | 99 | 88 | 99 | риск есть, не применяется | н/п |
| 75 | Китай | 93 | 90 | 84 | 70 | н/п | н/п |
| 76 | Колумбия | 96 | 91 | 92 | 93 | 93 | применяется, нет оценки охвата |
| 77 | Коморские Острова | 75 | 75 | 63 | 27 | риск есть, не применяется | н/п |
| 78 | Конго | 60 | 50 | 50 | не применяется | риск есть, не применяется | не применяется |
| 79 | Корейская Народно-Демократическая Республика | 88 | 68 | 95 | применяется, нет оценки охвата | н/п | н/п |
| 80 | Коста-Рика | 87 | 88 | 89 | 86 | 87 | н/п |
| 81 | Кот-д'Ивуар | 66 | 54 | 56 | 48 | риск есть, не применяется | 51 |
| 82 | Куба | 99 | 71 | 99 | 99 | 99 | н/п |
| 83 | Кувейт | н/п | 99 | 97 | 99 | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 84 | Кыргызстан | 99 | 98 | 99 | 99 | н/п | н/п |
| 85 | Лаосская Народно-Демократическая Республика | 65 | 50 | 42 | 50 | н/п | н/п |
| 86 | Латвия | 99 | 98 | 99 | 98 | 92 | н/п |
| 87 | Лесото | 83 | 79 | 70 | применяется, нет оценки охвата | риск есть, не применяется | н/п |
| 88 | Либерия | 43 | 38 | 53 | не применяется | риск есть, не применяется | 7 |
| 89 | Ливан | н/п | 92 | 96 | 88 | 92 | н/п |
| 90 | Ливийская Арабская Джамахирия | 99 | 93 | 91 | 91 | риск есть, не применяется | н/п |
| 91 | Литва | 99 | 94 | 98 | 95 | н/п | н/п |
| 92 | Люксембург | н/п | 98 | 91 | 49 | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 93 | Маврикий | 92 | 92 | 94 | 92 | риск есть, не применяется | н/п |
| 94 | Мавритания | 84 | 76 | 71 | не применяется | риск есть, не применяется | не применяется |

| | Округа, достигшие не менее 80% охвата иммунизацией тремя дозами вакцины КДС в 2003 г. (%) | Дети, родившиеся в 2003 г., защищенные от столбняка путем вакцинации их матерей столбнячным анатоксином (ЗПР) (%) | Беременные женщины, иммунизированные не менее чем 2 дозами столбнячного анатоксина, 2003 г. (%) | Число инфекций, включенных в программу плановой иммунизации детей в возрасте до 24 месяцев, 2003 г. | Была ли создана вторая возможность для иммунизации против кори? | Выдача витамина А в сочетании с плановой иммунизацией, 2003 г. | Число случаев заболеваний, обусловленных дикими полиовирусами, 2004 г. (на 25.01.2005 г.) | Статус страны в отношении ликвидации полиомиелита, 2004 г. | Использование саморазрушающихся шприцев (СРШ), 2003 г. | Использование вакцин гарантированного качества, 2003 г. | Общие затраты на плановую закупку вакцин за счет государственных средств, 2003 г. (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 63 | 100 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | использовали только СРШ | Да | 100 |
| 64 | н.д. | н/п | н/п | 9 | Нет | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 65 | 24 | 31 | 31 | 7 | Да | Да | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | 100 |
| 66 | 53 | н/п | 72 | 7 | Нет | Нет | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | 800 |
| 67 | 100 | н/п | н/п | 8 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 68 | 16 | 43 | 43 | 7 | Да | Да | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | использовали только СРШ | Да | 7 |
| 69 | 31 | 65 | 53 | 7 | Да | Да | 10 | занос вируса | использовали только СРШ | Да | 100 |
| 70 | н.д. | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | информации нет | Да | н.д. |
| 71 | 100 | н/п | н/п | 11 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 72 | 37 | 66 | 66 | 9 | Да | Да | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | 36 |
| 73 | 100 | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 74 | н.д. | н/п | н.д. | 7 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | информации нет | Да | н.д. |
| 75 | 98 | н.д. | н.д. | 9 | Да | Да | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | н.д. |
| 76 | 57 | н/п | н.д. | 11 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 77 | 24 | 46 | н.д. | 7 | Нет | Нет | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | н.д. |
| 78 | 15 | 59 | 60 | 6 | Нет | Да | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | н.д. |
| 79 | 0 | н/п | 97 | 7 | Да | Да | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Частично | н.д. |
| 80 | 86 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 81 | 20 | 80 | 41 | 8 | Нет | Нет | 16 | циркуляция возобновилась | использовали только СРШ | Да | 58 |
| 82 | 43 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 99 |
| 83 | н.д. | н/п | н.д. | 9 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 84 | 100 | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 40 |
| 85 | 20 | 36 | 36 | 7 | Да | Да | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 0 |
| 86 | 100 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 87 | 21 | н/п | 27 | 7 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | 10 |
| 88 | 0 | 56 | 24 | 7 | Нет | Да | 0 | неэндемичная | частичное использование СРШ | Да | н.д. |
| 89 | 100 | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 90 | н.д. | н/п | н/п | 7 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | информации нет | Да | н.д. |
| 91 | 98 | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 100 |
| 92 | н.д. | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | информации нет | Да | н.д. |
| 93 | 100 | н/п | 73 | 9 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 94 | 42 | 41 | 36 | 6 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | 100 |

## Таблица 7 приложения. Отдельные показатели качества иммунизации во всех государствах-членах ВОЗ

Для обеспечения сопоставимости приведены оценочные данные ВОЗ[a]. Они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | Государства-члены | Новорожденные, иммунизированные вакциной БЦЖ, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные 3 дозами вакцины КДС, 2003 г. (%) | Дети в возрасте до 2-х лет, иммунизированные 1 дозой коревой вакцины, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизиро-ванные 3 дозами вакцины против гепатита В, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные 3 дозами Hib-вакцины, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные вакциной против желтой лихорадки, 2003 г. (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 95 | Мадагаскар | 72 | 55 | 55 | 55 | риск есть, не применяется | н/п |
| 96 | Малави | 91 | 84 | 77 | 84 | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 97 | Малайзия | 99 | 96 | 92 | 95 | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 98 | Мали | 63 | 69 | 68 | 79 | риск есть, не применяется | 62 |
| 99 | Мальдивские Острова | 98 | 98 | 96 | 98 | н/п | н/п |
| 100 | Мальта | н/п | 94 | 90 | не применяется | 93 | н/п |
| 101 | Марокко | 92 | 91 | 90 | 90 | риск есть, не применяется | н/п |
| 102 | Маршалловы Острова | 93 | 68 | 90 | 74 | 70 | н/п |
| 103 | Мексика | 99 | 91 | 96 | 91 | 98 | н/п |
| 104 | Микронезия (Федеративные Штаты) | 64 | 92 | 91 | 89 | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 105 | Мозамбик | 87 | 72 | 77 | 72 | риск есть, не применяется | н/п |
| 106 | Монако | 90 | 99 | 99 | 99 | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 107 | Монголия | 98 | 98 | 98 | 98 | риск есть, не применяется | н/п |
| 108 | Мьянма | 79 | 77 | 75 | применяется, нет оценки охвата | н/п | н/п |
| 109 | Намибия | 92 | 82 | 70 | не применяется | риск есть, не применяется | н/п |
| 110 | Науру | 95 | 80 | 40 | 75 | риск есть, не применяется | н/п |
| 111 | Непал | 91 | 78 | 75 | 15 | н/п | н/п |
| 112 | Нигер | 64 | 52 | 64 | не применяется | риск есть, не применяется | 31 |
| 113 | Нигерия | 48 | 25 | 35 | не применяется | риск есть, не применяется | применяется, нет оценки охвата |
| 114 | Нидерланды | н/п | 98 | 96 | не применяется | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 115 | Никарагуа | 94 | 86 | 93 | 86 | 86 | н/п |
| 116 | Ниуэ | 99 | 95 | 86 | 95 | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 117 | Новая Зеландия | н/п | 90 | 85 | 90 | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 118 | Норвегия | н/п | 90 | 84 | не применяется | 92 | н/п |
| 119 | Объединенная Республика Танзания | 91 | 95 | 97 | 95 | риск есть, не применяется | не применяется |
| 120 | Объединенные Арабские Эмираты | 98 | 94 | 94 | 92 | 94 | н/п |
| 121 | Оман | 98 | 99 | 98 | 99 | 100 | н/п |
| 122 | Острова Кука | 99 | 96 | 99 | 93 | риск есть, не применяется | н/п |
| 123 | Пакистан | 82 | 67 | 61 | применяется, нет оценки охвата | н/п | н/п |
| 124 | Палау | н/п | 99 | 99 | 99 | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 125 | Панама | 87 | 86 | 83 | 86 | 86 | применяется, нет оценки охвата |

| | Округа, достигшие не менее 80% охвата иммунизацией тремя дозами вакцины КДС в 2003 г. (%) | Дети, родившиеся в 2003 г., защищенные от столбняка путем вакцинации их матерей столбнячным анатоксином (ЗПР) (%) | Беременные женщины, иммунизированные не менее чем 2 дозами столбнячного анатоксина, 2003 г. (%) | Число инфекций, включенных в программу плановой иммунизации детей в возрасте до 24 месяцев, 2003 г. | Была ли создана вторая возможность для иммунизации против кори? | Выдача витамина А в сочетании с плановой иммунизацией, 2003 г. | Число случаев заболеваний, обусловленных дикими полиовирусами, 2004 г. (на 25.01.2005 г.) | Статус страны в отношении ликвидации полиомиелита, 2004 г. | Использование саморазрушающихся шприцев (СРШ), 2003 г. | Использование вакцин гарантированного качества, 2003 г. | Общие затраты на плановую закупку вакцин за счет государственных средств, 2003 г. (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 95 | 58 | 55 | 49 | 7 | Нет | Да | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | 12 |
| 96 | 69 | 70 | 87 | 8 | Да | Да | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | н.д. |
| 97 | 100 | н/п | 84 | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 98 | 43 | 32 | 46 | 8 | Да | Да | 18 | занос вируса | использовали только СРШ | Да | 59 |
| 99 | 100 | н/п | 96 | 7 | Нет | Да | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | н.д. |
| 100 | н.д. | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 68 |
| 101 | 82 | н/п | 26 | 7 | Да | Да | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 102 | н.д. | н/п | 72 | 10 | Да | Да | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | н.д. |
| 103 | 98 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | использовали только СРШ | Частично | 100 |
| 104 | 100 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 6 |
| 105 | н.д. | 57 | 30 | 7 | Нет | Да | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | н.д. |
| 106 | н.д. | н/п | н/п | 12 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | информации нет | Да | н.д. |
| 107 | 100 | н/п | н/п | 7 | Да | Да | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 22 |
| 108 | 50 | 77 | 73 | 7 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | частичное использование СРШ | Да | 0 |
| 109 | 56 | 85 | 63 | 6 | Да | Да | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 110 | н.д. | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | информации нет | Да | н.д. |
| 111 | 49 | 69 | 30 | 7 | Нет | Да | 0 | неэндемичная | частичное использование СРШ | Да | 65 |
| 112 | 10 | 36 | 40 | 7 | Нет | Да | 25 | эндемичная | использовали только СРШ | Да | н.д. |
| 113 | н.д. | 51 | н.д. | 7 | Нет | Да | 774 | эндемичная | информации нет | Да | н.д. |
| 114 | н.д. | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 115 | 57 | н/п | н/п | 10 | Да | Да | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 74 |
| 116 | 100 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | использовали только СРШ | Да | 100 |
| 117 | н.д. | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 118 | 95 | н/п | н/п | 8 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 119 | 84 | 83 | 80 | 7 | Да | Да | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | 30 |
| 120 | 100 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 121 | 100 | н/п | 53 | 10 | Да | Да | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 122 | 100 | н/п | н/п | 7 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | использовали только СРШ | Да | н.д. |
| 123 | 16 | 57 | 57 | 7 | Нет | Нет | 49 | эндемичная | использовали только СРШ | Да | 100 |
| 124 | н.д. | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | информации нет | Да | н.д. |
| 125 | 62 | н/п | н/п | 11 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | н.д. |

## Таблица 7 приложения. Отдельные показатели качества иммунизации во всех государствах-членах ВОЗ

Для обеспечения сопоставимости приведены оценочные данные ВОЗ[a]. Они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | Государства-члены | Новорожденные, иммунизированные вакциной БЦЖ, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные 3 дозами вакцины КДС, 2003 г. (%) | Дети в возрасте до 2-х лет, иммунизированные 1 дозой коревой вакцины, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизиро-ванные 3 дозами вакцины против гепатита В, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные 3 дозами Hib-вакцины, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные вакциной против желтой лихорадки, 2003 г. (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 126 | Папуа-Новая Гвинея | 60 | 54 | 49 | 53 | риск есть, не применяется | н/п |
| 127 | Парагвай | 70 | 77 | 91 | 77 | 55 | н/п |
| 128 | Перу | 94 | 89 | 95 | 60 | 36 | применяется, нет оценки охвата |
| 129 | Польша | 94 | 99 | 97 | 97 | н/п | н/п |
| 130 | Португалия | 81 | 99 | 96 | 94 | 99 | н/п |
| 131 | Республика Корея | 87 | 97 | 96 | 91 | н/п | н/п |
| 132 | Республика Молдова | 98 | 98 | 96 | 99 | н/п | н/п |
| 133 | Российская Федерация | 97 | 98 | 96 | 94 | н/п | н/п |
| 134 | Руанда | 88 | 96 | 90 | 96 | 96 | не применяется |
| 135 | Румыния | 99 | 97 | 97 | 98 | н/п | н/п |
| 136 | Сальвадор | 90 | 88 | 99 | 75 | 88 | н/п |
| 137 | Самоа | 73 | 94 | 99 | 97 | риск есть, не применяется | н/п |
| 138 | Сан-Марино | н/п | 96 | 91 | 96 | 96 | н/п |
| 139 | Сан-Томе и Принсипи | 99 | 94 | 87 | 43 | риск есть, не применяется | 34 |
| 140 | Саудовская Аравия | 94 | 95 | 96 | 95 | 95 | н/п |
| 141 | Свазиленд | 97 | 95 | 94 | 95 | риск есть, не применяется | н/п |
| 142 | Сейшельские Острова | 99 | 99 | 99 | 99 | риск есть, не применяется | н/п |
| 143 | Сенегал | 77 | 73 | 60 | не применяется | риск есть, не применяется | 59 |
| 144 | Сент-Винсент и Гренадины | 87 | 99 | 94 | 31 | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 145 | Сент-Китс и Невис | 99 | 99 | 98 | 99 | 99 | н/п |
| 146 | Сент-Люсия | 95 | 90 | 90 | 14 | 81 | н/п |
| 147 | Сербия и Черногория | 94 | 89 | 87 | применяется, нет оценки охвата | н/п | н/п |
| 148 | Сингапур | 97 | 92 | 88 | 92 | риск есть, не применяется | н/п |
| 149 | Сирийская Арабская Республика | 99 | 99 | 98 | 98 | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 150 | Словакия | 98 | 99 | 99 | 99 | 99 | н/п |
| 151 | Словения | 98 | 92 | 94 | не применяется | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 152 | Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии | н/п | 91 | 80 | не применяется | 91 | н/п |
| 153 | Соединенные Штаты Америки | н/п | 96 | 93 | 92 | 94 | н/п |

| | Округа, достигшие не менее 80% охвата иммунизацией тремя дозами вакцины КДС в 2003 г. (%) | Дети, родившиеся в 2003 г., защищенные от столбняка путем вакцинации их матерей столбнячным анатоксином (ЗПР) (%) | Беременные женщины, иммунизированные не менее чем 2 дозами столбнячного анатоксина, 2003 г. (%) | Число инфекций, включенных в программу плановой иммунизации детей в возрасте до 24 месяцев, 2003 г. | Была ли создана вторая возможность для иммунизации против кори? | Выдача витамина А в сочетании с плановой иммунизацией, 2003 г. | Число случаев заболеваний, обусловленных дикими полиовирусами, 2004 г. (на 25.01.2005 г.) | Статус страны в отношении ликвидации полиомиелита, 2004 г. | Использование саморазрушающихся шприцев (СРШ), 2003 г. | Использование вакцин гарантированного качества, 2003 г. | Общие затраты на плановую закупку вакцин за счет государственных средств, 2003 г. (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 126 | 15 | 34 | 29 | 7 | Да | Да | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 80 |
| 127 | 73 | н/п | н.д. | 11 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 128 | 65 | н/п | н.д. | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 129 | н.д. | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Частично | 100 |
| 130 | 100 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 100 |
| 131 | 100 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 132 | 100 | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 49 |
| 133 | н.д. | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 134 | 67 | 76 | 51 | 8 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | частичное использование СРШ | Да | 50 |
| 135 | 100 | н/п | н/п | 7 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | использовали только СРШ | Да | 100 |
| 136 | 71 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 137 | 100 | н/п | н/п | 7 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | н.д. |
| 138 | 100 | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | использовали только СРШ | Да | 100 |
| 139 | 71 | н/п | 97 | 8 | Да | Да | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | н.д. |
| 140 | 100 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 1 | занос вируса | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 141 | 50 | н/п | 75 | 7 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 142 | 100 | н/п | 100 | 10 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 143 | 24 | 75 | 65 | 7 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | 100 |
| 144 | н.д. | н/п | н.д. | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | информации нет | Да | н.д. |
| 145 | н.д. | н/п | н.д. | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 146 | 50 | н/п | н.д. | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 100 |
| 147 | 99 | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Частично | н.д. |
| 148 | н.д. | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 149 | 100 | н/п | н.д. | 10 | Да | Да | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 150 | 100 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | использовали только СРШ | Да | 100 |
| 151 | н.д. | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 152 | 98 | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 153 | н.д. | н/п | н/п | 12 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 56 |

**Таблица 7 приложения. Отдельные показатели качества иммунизации во всех государствах-членах ВОЗ**

Для обеспечения сопоставимости приведены оценочные данные ВОЗ[a]. Они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | Государства-члены | Новорожденные, иммунизированные вакциной БЦЖ, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные 3 дозами вакцины КДС, 2003 г. (%) | Дети в возрасте до 2-х лет, иммунизированные 1 дозой коревой вакцины, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизиро-ванные 3 дозами вакцины против гепатита В, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные 3 дозами Hib-вакцины, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные вакциной против желтой лихорадки, 2003 г. (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 154 | Соломоновы Острова | 76 | 71 | 78 | 78 | риск есть, не применяется | н/п |
| 155 | Сомали | 65 | 40 | 40 | не применяется | риск есть, не применяется | не применяется |
| 156 | Судан | 53 | 50 | 57 | не применяется | риск есть, не применяется | не применяется |
| 157 | Суринам | н/п | 74 | 71 | применяется, нет оценки охвата | риск есть, не применяется | применяется, нет оценки охвата |
| 158 | Сьерра-Леоне | 87 | 70 | 73 | не применяется | риск есть, не применяется | 76 |
| 159 | Таджикистан | 99 | 82 | 89 | 57 | н/п | н/п |
| 160 | Таиланд | 99 | 96 | 94 | 95 | н/п | н/п |
| 161 | Тимор-Лешти | 80 | 70 | 60 | не применяется | риск есть, не применяется | н/п |
| 162 | Того | 84 | 64 | 58 | не применяется | риск есть, не применяется | не применяется |
| 163 | Тонга | 99 | 98 | 99 | 93 | риск есть, не применяется | н/п |
| 164 | Тринидад и Тобаго | н/п | 91 | 88 | 76 | 93 | 88 |
| 165 | Тувалу | 99 | 93 | 95 | 95 | риск есть, не применяется | н/п |
| 166 | Тунис | 93 | 95 | 90 | 92 | 96 | н/п |
| 167 | Туркменистан | 99 | 98 | 97 | 97 | н/п | н/п |
| 168 | Турция | 89 | 68 | 75 | 68 | риск есть, не применяется | н/п |
| 169 | Уганда | 96 | 81 | 82 | 63 | 63 | не применяется |
| 170 | Узбекистан | 98 | 98 | 99 | 99 | н/п | н/п |
| 171 | Украина | 98 | 97 | 99 | 77 | н/п | н/п |
| 172 | Уругвай | 99 | 91 | 95 | 91 | 91 | н/п |
| 173 | Фиджи | 99 | 94 | 91 | 92 | 88 | н/п |
| 174 | Филиппины | 91 | 79 | 80 | 40 | риск есть, не применяется | н/п |
| 175 | Финляндия | 98 | 98 | 97 | не применяется | 96 | н/п |
| 176 | Франция | 85 | 97 | 86 | 29 | 86 | н/п |
| 177 | Хорватия | 98 | 94 | 95 | не применяется | 95 | н/п |
| 178 | Центральноафриканская Республика | 70 | 40 | 35 | не применяется | риск есть, не применяется | 33 |
| 179 | Чад | 72 | 47 | 61 | не применяется | риск есть, не применяется | 41 |
| 180 | Чешская Республика | 98 | 97 | 99 | 86 | 97 | н/п |
| 181 | Чили | 94 | 99 | 99 | не применяется | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 182 | Швейцария | н/п | 95 | 82 | не применяется | 91 | н/п |

| | Округа, достигшие не менее 80% охвата иммунизацией тремя дозами вакцины КДС в 2003 г. (%) | Дети, родившиеся в 2003 г., защищенные от столбняка путем вакцинации их матерей столбнячным анатоксином (ЗПР) (%) | Беременные женщины, иммунизированные не менее чем 2 дозами столбнячного анатоксина, 2003 г. (%) | Число инфекций, включенных в программу плановой иммунизации детей в возрасте до 24 месяцев, 2003 г. | Была ли создана вторая возможность для иммунизации против кори? | Выдача витамина А в сочетании с плановой иммунизацией, 2003 г. | Число случаев заболеваний, обусловленных дикими полиовирусами, 2004 г. (на 25.01.2005 г.) | Статус страны в отношении ликвидации полиомиелита, 2004 г. | Использование саморазрушающихся шприцев (СРШ), 2003 г. | Использование вакцин гарантированного качества, 2003 г. | Общие затраты на плановую закупку вакцин за счет государственных средств, 2003 г. (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 154 | 40 | н/п | 56 | 7 | Да | Да | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | н.д. |
| 155 | 3 | 65 | 49 | 6 | Нет | Да | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | н.д. |
| 156 | 41 | 35 | 36 | 6 | Нет | Да | 113 | циркуляция возобновилась | использовали только СРШ | Да | 0 |
| 157 | н.д. | н/п | н.д. | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | информации нет | Да | н.д. |
| 158 | 15 | 62 | 62 | 7 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | частичное использование СРШ | Да | 20 |
| 159 | 100 | н/п | н/п | 7 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 0 |
| 160 | н.д. | н/п | 93 | 7 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Частично | 100 |
| 161 | 31 | н/п | 51 | 6 | Да | Да | 0 | неэндемичная | частичное использование СРШ | Да | н.д. |
| 162 | 29 | 47 | 56 | 6 | Да | Да | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | 0 |
| 163 | 100 | н/п | 86 | 8 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | использовали только СРШ | Да | 100 |
| 164 | 100 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 165 | н.д. | н/п | н.д. | 7 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 166 | 97 | н/п | н.д. | 8 | Да | Нет | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 167 | 77 | н/п | н/п | 8 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 82 |
| 168 | 4 | 37 | 37 | 7 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 169 | 54 | 48 | 48 | 8 | Да | Да | 0 | неэндемичная | частичное использование СРШ | Да | 7 |
| 170 | 100 | н/п | н/п | 9 | Да | Да | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Частично | 77 |
| 171 | 100 | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Частично | 96 |
| 172 | 100 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 173 | 100 | н/п | 98 | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 100 |
| 174 | 20 | 70 | 27 | 7 | Да | Да | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 3 |
| 175 | н.д. | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 176 | н.д. | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 177 | 100 | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 178 | 8 | 63 | 17 | 7 | Нет | Нет | 30 | циркуляция возобновилась | частичное использование СРШ | Да | н.д. |
| 179 | 9 | 43 | 43 | 7 | Нет | Нет | 22 | циркуляция возобновилась | частичное использование СРШ | Да | н.д. |
| 180 | 100 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 181 | 92 | н/п | н/п | 9 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 182 | н.д. | н/п | н/п | 8 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | информации нет | Да | н.д. |

## Таблица 7 приложения. Отдельные показатели качества иммунизации во всех государствах-членах ВОЗ

Для обеспечения сопоставимости приведены оценочные данные ВОЗ[a]. Они не всегда представляют официальные статистические данные государств-членов, которые могут использовать альтернативные математические методы.

| | Государства-члены | Новорожденные, иммунизиро-ванные вакциной БЦЖ, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизи-рованные 3 дозами вакцины КДС, 2003 г. (%) | Дети в возрасте до 2-х лет, иммунизи-рованные 1 дозой коревой вакцины, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизиро-ванные 3 дозами вакцины против гепатита В, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные 3 дозами Hib-вакцины, 2003 г. (%) | Дети в возрасте 1 года, иммунизированные вакциной против желтой лихорадки, 2003 г. (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 183 | Швеция | н/п | 98 | 94 | не применяется | 98 | н/п |
| 184 | Шри-Ланка | 99 | 99 | 99 | применяется, нет оценки охвата | н/п | н/п |
| 185 | Эквадор | 99 | 89 | 99 | 58 | 58 | применяется, нет оценки охвата |
| 186 | Экваториальная Гвинея | 73 | 33 | 51 | не применяется | риск есть, не применяется | не применяется |
| 187 | Эритрея | 91 | 83 | 84 | 83 | риск есть, не применяется | н/п |
| 188 | Эстония | 99 | 94 | 95 | применяется, нет оценки охвата | применяется, нет оценки охвата | н/п |
| 189 | Эфиопия | 76 | 56 | 52 | не применяется | риск есть, не применяется | не применяется |
| 190 | Южная Африка | 97 | 94 | 83 | 94 | 94 | н/п |
| 191 | Ямайка | 88 | 81 | 78 | 19 | 16 | н/п |
| 192 | Япония | н/п | 97 | 99 | не применяется | н/п | н/п |

[a] Источники информации и методы — см. в разделе «Пояснительные комментарии».
н/п — не применимо
н.д. — Данные не представлены.

| | Округа, достигшие не менее 80% охвата иммунизацией тремя дозами вакцины КДС в 2003 г. (%) | Дети, родившиеся в 2003 г., защищенные от столбняка путем вакцинации их матерей столбнячным анатоксином (ЗПР) (%) | Беременные женщины, иммунизированные не менее чем 2 дозами столбнячного анатоксина, 2003 г. (%) | Число инфекций, включенных в программу плановой иммунизации детей в возрасте до 24 месяцев, 2003 г. | Была ли создана вторая возможность для иммунизации против кори? | Выдача витамина А в сочетании с плановой иммунизацией, 2003 г. | Число случаев заболеваний, обусловленных дикими полиовирусами, 2004 г. (на 25.01.2005 г.) | Статус страны в отношении ликвидации полиомиелита, 2004 г. | Использование саморазрушающихся шприцев (СРШ), 2003 г. | Использование вакцин гарантированного качества, 2003 г. | Общие затраты на плановую закупку вакцин за счет государственных средств, 2003 г. (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 183 | н.д. | н/п | н/п | 8 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 184 | 100 | н/п | 96 | 8 | Да | Да | 0 | неэндемичная | частичное использование СРШ | Да | 100 |
| 185 | 13 | н/п | н.д. | 11 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | частичное использование СРШ | Да | 100 |
| 186 | 0 | 53 | 33 | 6 | Нет | Нет | 0 | неэндемичная | частичное использование СРШ | Да | н.д. |
| 187 | 17 | 55 | 60 | 7 | Нет | Нет | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | н.д. |
| 188 | 100 | н/п | н/п | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 189 | 10 | 24 | 33 | 6 | Да | Да | 0 | неэндемичная | использовали только СРШ | Да | н.д. |
| 190 | 57 | 52 | 85 | 8 | Да | Да | 0 | неэндемичная | СРШ не использовали | Да | н.д. |
| 191 | 70 | н/п | н.д. | 10 | Да | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | 100 |
| 192 | н.д. | н/п | н/п | 8 | Нет | Нет | 0 | сертиф. как свободная от полиомиелита | СРШ не использовали | Да | н.д. |

## Таблица 8 приложения. Отдельные показатели репродуктивного здоровья, а также здоровья матерей и новорожденных

Это оценочные данные, полученные из различных международных источников; они могут отличаться от собственных оценок государств-членов. Эти данные не направляли государствам-членам для рассмотрения [a]

| | Государства-члены | Показатель использования контрацепции (современных методов) | | Беременные женщины, посетившие учреждения антенатальной помощи | | | Роды в присутствии квалифицированного медицинского работника | | Роды в медицинских учреждениях | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | (%) | Год | 1 и более раз (%) | 4 и более раз (%) | Год | (%) | Год | (%) | Год |
| 1 | Австралия | 72 | 1986 | ... | ... | ... | 100 | 1999 | ... | ... |
| 2 | Австрия | 47 | 1996 | ... | ... | ... | 100 | 1993 | ... | ... |
| 3 | Азербайджан | 12 | 2001 | 70 | ... | 2001 | 84 | 2000 | 74 | 2001 |
| 4 | Албания | 15 | 2000 | 81 | 42 | 2002 | 99 | 2000 | 94 | 2002 |
| 5 | Алжир | 50 | 2000 | 79 | ... | 2000 | 92 | 2000 | 92 | 2000 |
| 6 | Ангола | 5 | 2001 | ... | ... | ... | 45 | 2001 | ... | ... |
| 7 | Андорра | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 8 | Антигуа и Барбуда | 51 | 1988 | ... | 82 | 2001 | 100 | 2000 | ... | ... |
| 9 | Аргентина | ... | ... | ... | 95 | 2001 | 99 | 2001 | ... | ... |
| 10 | Армения | 22 | 2000 | 82 | 65 | 2000 | 97 | 2000 | 91 | 2000 |
| 11 | Афганистан | 4 | 2000 | 52 | ... | 2003 | 14 | 2003 | 13 | 2003 |
| 12 | Багамские Острова | 60 | 1988 | ... | ... | ... | 99 | 2002 | ... | ... |
| 13 | Бангладеш | 44 | 1999-00 | 39 | 11 | 1999-00 | 14 | 2000-03 | 6 | 1999-00 |
| 14 | Барбадос | 53 | 1988 | 89 | ... | 2001 | 91 | 1999 | ... | ... |
| 15 | Бахрейн | 31 | 1995 | 63 | 61 | 1995 | 98 | 1995 | ... | ... |
| 16 | Беларусь | 42 | 1995 | ... | ... | ... | 100 | 2002 | ... | ... |
| 17 | Белиз | 42 | 1991 | ... | 96 | 2001 | 83 | 1999 | ... | ... |
| 18 | Бельгия | 74 | 1992 | ... | ... | ... | 100 | 1987 | ... | ... |
| 19 | Бенин | 7 | 2001 | 88 | 61 | 2001 | 66 | 2001 | 78 | 2001 |
| 20 | Болгария | 25 | 1997 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 21 | Боливия | 27 | 2000 | 84 | 69 | 2001 | 65 | 2002 | 56 | 1998 |
| 22 | Босния и Герцеговина | 16 | 2000 | 99 | ... | 2000 | 100 | 2000 | ... | ... |
| 23 | Ботсвана | 39 | 2000 | 99 | 97 | 2001 | 94 | 2000 | ... | ... |
| 24 | Бразилия | 70 | 1996 | 84 | 76 | 1996 | 88 | 1996 | 92 | 1996 |
| 25 | Бруней-Даруссалам | ... | ... | ... | 100 | 2001 | 99 | 1999 | ... | ... |
| 26 | Буркина-Фасо | 5 | 1998-99 | 72 | 18 | 2003 | 38 | 2003 | 38 | 2003 |
| 27 | Бурунди | 10 | 2000 | 93 | 79 | 2001 | 25 | 2000 | ... | ... |
| 28 | Бутан | 19 | 1994 | ... | ... | ... | 24 | 2000 | ... | ... |
| 29 | Бывшая Югославская Республика Македония | ... | ... | ... | ... | ... | 98 | 2002 | ... | ... |
| 30 | Вануату | ... | ... | ... | ... | ... | 89 | 1995 | ... | ... |
| 31 | Венгрия | 68 | 1993 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 32 | Венесуэла (Боливарианская Республика) | ... | ... | ... | 90 | 2001 | 94 | 2000 | ... | ... |
| 33 | Вьетнам | 56 | 2000 | 70 | 29 | 2002 | 85 | 2002 | 79 | 2002 |
| 34 | Габон | 13 | 2000 | 94 | 63 | 2000 | 86 | 2000 | 84 | 2000 |
| 35 | Гаити | 23 | 2000 | 79 | 42 | 2000 | 24 | 2000 | 18 | 2000 |
| 36 | Гайана | 36 | 2000 | 88 | ... | 2000 | 86 | 2000 | ... | ... |
| 37 | Гамбия | 9 | 2000 | 92 | ... | 2000 | 55 | 2000 | ... | ... |
| 38 | Гана | 13 | 1998 | 90 | 69 | 2003 | 47 | 2003 | 46 | 2003 |
| 39 | Гватемала | 31 | 1998-99 | 86 | 68 | 1998-99 | 41 | 2003 | 42 | 1998-99 |
| 40 | Гвинея | 4 | 1999 | 74 | 48 | 1999 | 35 | 1999 | 29 | 1999 |
| 41 | Гвинея-Биссау | 4 | 2000 | 89 | 62 | 2001 | 35 | 2000 | ... | ... |
| 42 | Германия | 72 | 1992 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 43 | Гондурас | 51 | 2001 | ... | 84 | 2001 | 56 | 2001 | ... | ... |
| 44 | Гренада | ... | 1990 | ... | 98 | 2001 | 100 | 2000 | ... | ... |
| 45 | Греция | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 46 | Грузия | 20 | 2000 | 91 | ... | 1999 | 96 | 1999 | 92 | 1999 |
| 47 | Дания | 72 | 1988 | ... | ... | ... | 100 | 1987 | ... | ... |
| 48 | Демократическая Республика Конго | 4 | 2001 | 72 | ... | ... | 61 | 2001 | ... | ... |
| 49 | Джибути | ... | ... | ... | ... | ... | 61 | 2003 | ... | ... |
| 50 | Доминика | 48 | 1987 | ... | 100 | 2001 | 100 | 1999 | ... | ... |
| 51 | Доминиканская Республика | 63 | 2000 | 100 | 93 | 1999 | 98 | 2002 | 97 | 1999 |

| | Родоразрешение кесаревым сечением | | Число работающих акушерок | | Число живорождений за год, 2000 г. | Показатель материнской смертности, 2000 г. | Показатель мертворождаемости, 2000 г. | Показатель ранней неонатальной смертности, 2000 г. | Показатель неонатальной смертности, 2000 г. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | (%) | Год | Всего | Год | (000) | (на 100 000 живорождений) | (на 1000 родов) | (на 1000 живорождений) | (на 1000 живорождений) |
| 1 | 21 | 1998 | 11649 | 2001 | 246 | 6 | 3 | 3 | 3 |
| 2 | 21 | 2002 | 1650 | 2002 | 75 | 5 | 4 | 2 | 3 |
| 3 | 4 | 2002 | 10033 | 2002 | 150 | 94 | 32 | 27[b] | 36 |
| 4 | 15 | 2002 | 1891 | 1994 | 59 | 55[b] | 11[b] | 9[b] | 12[b] |
| 5 | 6 | 2000 | ... | ... | 701 | 140[b] | 32 | 16[b] | 20 |
| 6 | ... | ... | 492 | 1997 | 655 | 1700[b] | 48[b] | 40[b] | 54[b] |
| 7 | 24 | 1999 | 8 | 2002 | ... | ... | 6[b] | 3[b] | 4[b] |
| 8 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 7[b] | 6[b] | 8[b] |
| 9 | ... | ... | ... | ... | 721 | 70 | 6 | 8 | 10 |
| 10 | 7 | 2000 | 1483 | 2002 | 31 | 55[b] | 16 | 13 | 17 |
| 11 | ... | ... | ... | ... | 1044 | 1900[b] | 54[b] | 45[b] | 60[b] |
| 12 | ... | ... | ... | ... | 6 | 60 | 3 | 8 | 10 |
| 13 | 3 | 1999-00 | 15794 | 2001 | 4226 | 380 | 24 | 27 | 36 |
| 14 | ... | ... | ... | ... | 3 | 95 | 11 | 6 | 8 |
| 15 | 16 | 1995 | ... | ... | 14 | 33 | 10[b] | 9[b] | 11 |
| 16 | 17 | 2002 | 6208 | 2002 | 87 | 36 | 6 | 3 | 5 |
| 17 | 8 | 1991 | ... | ... | 7 | 140 | 18 | 16 | 18 |
| 18 | 16 | 1999 | 6603 | 1996 | 112 | 10 | 4 | 2 | 3 |
| 19 | 4 | 2001 | 432 | 1995 | 265 | 850 | 37[b] | 31 | 38 |
| 20 | 17 | 2002 | 3433 | 2002 | 62 | 32 | 8 | 5 | 8 |
| 21 | 15 | 1998 | ... | ... | 257 | 420[b] | 11 | 20 | 27 |
| 22 | ... | ... | 1220 | 2002 | 38 | 31 | 11[b] | 9 | 11 |
| 23 | ... | ... | ... | ... | 54 | 100[b] | 44[b] | 37 | 40 |
| 24 | 36 | 1996 | ... | ... | 3474 | 260 | 8 | 12 | 15 |
| 25 | ... | ... | 404 | 2000 | 8 | 37 | 6 | 3 | 4 |
| 26 | 1 | 2003 | 476 | 2001 | 580 | 1000 | 30[b] | 25 | 36 |
| 27 | ... | ... | ... | ... | 276 | 1000[b] | 33[b] | 28 | 41 |
| 28 | ... | ... | 1016 | 1995 | 73 | 420[b] | 22[b] | 18 | 38 |
| 29 | 10 | 2001 | 1456 | 2001 | 29 | 13 | 9 | 7 | 9 |
| 30 | ... | ... | ... | ... | 6 | ... | 17[b] | 14[b] | 19[b] |
| 31 | 23 | 2002 | 2076 | 2002 | 92 | 11 | 6 | 5 | 6 |
| 32 | ... | ... | ... | ... | 578 | 78 | 9 | 9 | 12 |
| 33 | 10 | 2002 | 14662 | 2001 | 1593 | 130[b] | 24 | 13 | 15 |
| 34 | 6 | 2000 | ... | ... | 41 | 420 | 33[b] | 27 | 31 |
| 35 | 2 | 2000 | ... | ... | 248 | 680 | 30[b] | 25 | 34 |
| 36 | ... | ... | ... | ... | 17 | 170 | 22[b] | 19[b] | 25[b] |
| 37 | ... | ... | 98 | 1997 | 49 | 540[b] | 44[b] | 37 | 46 |
| 38 | 4 | 2003 | 4094 | 2002 | 645 | 540[b] | 19 | 26 | 27 |
| 39 | 12 | 1998-99 | ... | ... | 406 | 240 | 9 | 14 | 19 |
| 40 | 2 | 1999 | 299 | 2000 | 361 | 740 | 45[b] | 38 | 48 |
| 41 | ... | ... | 156 | 1996 | 69 | 1100[b] | 43[b] | 36[b] | 48[b] |
| 42 | 22 | 2001 | 9506 | 2001 | 749 | 9 | 4 | 2 | 3 |
| 43 | 12 | 1996 | ... | ... | 204 | 110 | 15 | 13 | 18 |
| 44 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 12[b] | 10[b] | 13[b] |
| 45 | ... | ... | 1916 | 1993 | 101 | 10 | 5 | 3 | 4 |
| 46 | 12 | 2002 | 1500 | 2002 | 57 | 32[b] | 23 | 19[b] | 25 |
| 47 | 18 | 2001 | 1312 | 2002 | 65 | 7 | 5 | 3 | 4 |
| 48 | ... | ... | ... | ... | 2463 | 990[b] | 42[b] | 35[b] | 47[b] |
| 49 | ... | ... | ... | ... | 27 | 730[b] | 34[b] | 29[b] | 38[b] |
| 50 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 7[b] | 5[b] | 7[b] |
| 51 | 32 | 1999 | ... | ... | 199 | 150[b] | 14 | 14 | 19 |

**Таблица 8 приложения. Отдельные показатели репродуктивного здоровья, а также здоровья матерей и новорожденных**

Это оценочные данные, полученные из различных международных источников; они могут отличаться от собственных оценок государств-членов. Эти данные не направляли государствам-членам для рассмотрения.[a]

| | Государства-члены | Показатель использования контрацепции (современных методов) | | Беременные женщины, посетившие учреждения антенатальной помощи | | | Роды в присутствии квалифицированного медицинского работника | | Роды в медицинских учреждениях | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | (%) | Год | 1 и более раз (%) | 4 и более раз (%) | Год | (%) | Год | (%) | Год |
| 52 | Египет | 54 | 2000 | 54 | 41 | 2000 | 69 | 2003 | 52 | 2000 |
| 53 | Замбия | 23 | 2001-02 | 94 | 71 | 2001-02 | 43 | 2001-02 | 43 | 2001 |
| 54 | Зимбабве | 50 | 1999 | 82 | 64 | 1999 | 73 | 1999 | 72 | 1999 |
| 55 | Израиль | 52 | 1987-88 | ... | ... | ... | 99 | 1987 | ... | ... |
| 56 | Индия | 43 | 1998-99 | 65 | 30 | 1998-99 | 43 | 2000 | 34 | 1998-99 |
| 57 | Индонезия | 57 | 2003 | 97 | 81 | 2002-03 | 66 | 2002-03 | 40 | 2002-03 |
| 58 | Иордания | 39 | 2002 | 99 | 91 | 2002 | 100 | 2002 | 97 | 2002 |
| 59 | Ирак | 10 | 1989 | ... | 78 | 2001 | 72 | 2000 | ... | ... |
| 60 | Иран (Исламская Республика) | 56 | 1997 | ... | 77 | 2001 | 90 | 2000 | ... | ... |
| 61 | Ирландия | ... | ... | ... | ... | ... | 100 | 2002 | ... | ... |
| 62 | Исландия | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 63 | Испания | 67 | 1995 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 64 | Италия | 39 | 1995-96 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 65 | Йемен | 10 | 1997 | 34 | 11 | 1997 | 22 | 1997 | 16 | 1997 |
| 66 | Кабо-Верде | 46 | 1998 | ... | 99 | 2001 | 89 | 1998 | ... | ... |
| 67 | Казахстан | 57 | 1999 | 82 | 71 | 1999 | 99 | 1999 | 98 | 1999 |
| 68 | Камбоджа | 19 | 2000 | 44 | 9 | 2000 | 32 | 2000 | 10 | 2000 |
| 69 | Камерун | 7 | 1998 | 77 | 52 | 1998 | 60 | 2000 | 54 | 1998 |
| 70 | Канада | 73 | 1995 | ... | ... | ... | 98 | 2001 | ... | ... |
| 71 | Катар | 32 | 1998 | 62 | 58 | 1998 | 99 | 1998 | ... | ... |
| 72 | Кения | 32 | 1998 | 88 | 52 | 2003 | 42 | 2003 | 40 | 2003 |
| 73 | Кипр | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 74 | Кирибати | ... | ... | ... | 88 | 2001 | 85 | 1998 | ... | ... |
| 75 | Китай | 83 | 1997 | ... | ... | ... | 97 | 1995 | ... | ... |
| 76 | Колумбия | 64 | 2000 | 90 | 79 | 2000 | 86 | 2000 | 87 | 2000 |
| 77 | Коморские Острова | 19 | 2000 | 87 | 53 | 1996 | 62 | 2000 | ... | ... |
| 78 | Конго | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 79 | Корейская Народно-Демократическая Республика | 53 | 1992 | 98 | ... | 2000 | 97 | 2000 | ... | ... |
| 80 | Коста-Рика | 65 | 1993 | ... | 70 | 2001 | 98 | 2001 | ... | ... |
| 81 | Кот-д'Ивуар | 7 | 1998-99 | 84 | 35 | 1998-99 | 63 | 2000 | 48 | 1998-99 |
| 82 | Куба | 72 | 2000 | ... | 100 | 2001 | 100 | 1999 | ... | ... |
| 83 | Кувейт | 41 | 1996 | 83 | 81 | 1996 | 98 | 1995 | ... | ... |
| 84 | Кыргызстан | 49 | 1997 | 88 | 81 | 1997 | 98 | 1997 | 96 | 1997 |
| 85 | Лаосская Народно-Демократическая Республика | 29 | 2000 | 44 | 29 | 2001 | 19 | 2001 | ... | ... |
| 86 | Латвия | 39 | 1995 | ... | ... | ... | 100 | 2002 | ... | ... |
| 87 | Лесото | 30 | 2000 | 91 | 88 | 2001 | 60 | 2000 | ... | ... |
| 88 | Либерия | 6 | 1986 | ... | 84 | 2001 | 51 | 2000 | ... | ... |
| 89 | Ливан | 37 | 1996 | ... | 87 | 2001 | 88 | 1996 | ... | ... |
| 90 | Ливийская Арабская Джамахирия | 26 | 1995 | ... | 81 | 2001 | 94 | 1995 | ... | ... |
| 91 | Литва | 31 | 1995 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 92 | Люксембург | ... | ... | ... | ... | ... | 100 | 2002 | ... | ... |
| 93 | Маврикий | 49 | 1991 | ... | ... | ... | 99 | 1999 | ... | ... |
| 94 | Мавритания | 5 | 1999-00 | 63 | 16 | 2000-01 | 57 | 2000-01 | 49 | 2000-01 |
| 95 | Мадагаскар | 12 | 2000 | 91 | 38 | 1997 | 46 | 2000 | ... | ... |
| 96 | Малави | 26 | 2000 | 94 | 55 | 2000 | 61 | 2002 | 54 | 2000 |
| 97 | Малайзия | 30 | 1994 | ... | ... | ... | 97 | 2001 | ... | ... |
| 98 | Мали | 7 | 2001 | 53 | 30 | 2001 | 41 | 2001 | 24 | 2001 |
| 99 | Мальдивские Острова | ... | ... | 98 | 81 | 2001 | 70 | 2000 | ... | ... |
| 100 | Мальта | ... | ... | ... | ... | ... | 98 | 1993 | ... | ... |

| | Родоразрешение кесаревым сечением | | Число работающих акушерок | | Число живорождений за год, 2000 г. | Показатель материнской смертности, 2000 г. | Показатель мертворождаемости, 2000 г. | Показатель ранней неонатальной смертности, 2000 г. | Показатель неонатальной смертности, 2000 г. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | (%) | Год | Всего | Год | (000) | (на 100 000 живорождений) | (на 1000 родов) | (на 1000 живорождений) | (на 1000 живорождений) |
| 52 | 11 | 2000 | ... | ... | 1808 | 84 | 10 | 16 | 21 |
| 53 | 2 | 2001-02 | ... | ... | 450 | 750 | 31[b] | 26 | 40 |
| 54 | 7 | 1999 | ... | ... | 419 | 1100 | 17 | 27 | 33 |
| 55 | 17 | 2001 | 1147 | 2002 | 125 | 13 | 5 | 3 | 4 |
| 56 | 7 | 1998-99 | ... | ... | 25780 | 540 | 39[b] | 33 | 43 |
| 57 | 4 | 2002-03 | 11547 | 2000 | 4564 | 230[b] | 17[b] | 14 | 18 |
| 58 | 16 | 2002 | ... | ... | 148 | 41 | 13 | 12 | 17 |
| 59 | ... | ... | ... | ... | 843 | 250[b] | 32 | 46[b] | 63 |
| 60 | ... | ... | ... | ... | 1258 | 76 | 17 | 17[b] | 22 |
| 61 | 19 | 2000 | ... | ... | 54 | 4 | 6 | 3 | 4 |
| 62 | 17 | 2001 | 200 | 2002 | 4 | 0 | 5 | 2 | 2 |
| 63 | ... | ... | ... | ... | 384 | 5 | 4 | 2 | 3 |
| 64 | 32 | 1999 | ... | ... | 518 | 5 | 3 | 2 | 3 |
| 65 | 1 | 1997 | ... | ... | 820 | 570 | 17[b] | 27 | 37 |
| 66 | 6 | 1998 | ... | ... | 12 | 150[b] | 22 | 8 | 10 |
| 67 | 11 | 1998 | 8099 | 2002 | 257 | 210[b] | 29 | 29 | 32 |
| 68 | 1 | 2000 | 3040 | 2000 | 461 | 450 | 37[b] | 31 | 40 |
| 69 | 3 | 1998 | 69 | 1996 | 551 | 730 | 39[b] | 32 | 40 |
| 70 | 19 | 1997-98 | 358 | 2000 | 332 | 5 | 3 | 3 | 4 |
| 71 | 16 | 1998 | ... | ... | 12 | 7 | 6[b] | 5[b] | 5 |
| 72 | 4 | 2003 | ... | ... | 1026 | 1000 | 29[b] | 24 | 29 |
| 73 | ... | ... | ... | ... | 10 | 47 | 4[b] | 3[b] | 4[b] |
| 74 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 24[b] | 20[b] | 27b |
| 75 | ... | ... | 44517 | 1999 | 19428 | 56 | 19[b] | 16[b] | 21 |
| 76 | 25 | 2000 | ... | ... | 980 | 130 | 11 | 12 | 14 |
| 77 | 5 | 1996 | 90 | 1997 | 27 | 480[b] | 26[b] | 22 | 29 |
| 78 | ... | ... | 164 | 1995 | 153 | 510[b] | 29[b] | 24[b] | 32[b] |
| 79 | ... | ... | 12823 | 1995 | 388 | 67[b] | 20[b] | 17[b] | 22[b] |
| 80 | 21 | 1992 | ... | ... | 79 | 25 | 8 | 6 | 7 |
| 81 | 3 | 1998-99 | 2203 | 1996 | 573 | 690[b] | 53[b] | 44 | 65 |
| 82 | ... | ... | ... | ... | 137 | 33 | 11 | 3 | 4 |
| 83 | 11 | 1996 | ... | ... | 48 | 12 | 6 | 4 | 6 |
| 84 | 6 | 1997 | 2775 | 2002 | 110 | 110b | 32 | 26 | 31 |
| 85 | ... | ... | ... | ... | 195 | 650[b] | 32[b] | 26[b] | 35[b] |
| 86 | 17 | 2002 | 493 | 2002 | 18 | 61 | 8 | 5 | 7 |
| 87 | ... | ... | 791 | 1995 | 56 | 550[b] | 26[b] | 21[b] | 28[b] |
| 88 | ... | ... | 103 | 1997 | 145 | 760[b] | 58[b] | 48 | 66 |
| 89 | 23 | 1998 | ... | ... | 68 | 150[b] | 19[b] | 16[b] | 20 |
| 90 | ... | ... | ... | ... | 121 | 97[b] | 11[b] | 9[b] | 11 |
| 91 | 15 | 2002 | 1239 | 2002 | 31 | 19 | 6 | 3 | 5 |
| 92 | 19 | 2000 | 95 | 2002 | 6 | 28 | 7 | 3 | 4 |
| 93 | ... | ... | ... | ... | 20 | 24 | 9 | 9 | 12 |
| 94 | 3 | 2000-01 | 232 | 1995 | 113 | 1000 | 63[b] | 52[b] | 70 |
| 95 | 1 | 1997 | 1472 | 2001 | 687 | 550 | 29[b] | 24 | 33 |
| 96 | 3 | 2000 | ... | ... | 526 | 1800 | 13 | 30 | 40 |
| 97 | ... | ... | 7711 | 2000 | 549 | 41 | 3 | 4 | 5 |
| 98 | 1 | 2001 | 284 | 2000 | 596 | 1200 | 12 | 40 | 55 |
| 99 | ... | ... | 463 | 1995 | 11 | 110[b] | 25 | 30 | 37 |
| 100 | 25 | 2002 | 125 | 2002 | 5 | ... | 4 | 4 | 5 |

**Таблица 8 приложения. Отдельные показатели репродуктивного здоровья, а также здоровья матерей и новорожденных**

Это оценочные данные, полученные из различных международных источников; они могут отличаться от собственных оценок государств-членов. Эти данные не направляли государствам-членам для рассмотрения.[a]

| | Государства-члены | Показатель использования контрацепции (современных методов) | | Беременные женщины, посетившие учреждения антенатальной помощи | | | Роды в присутствии квалифицированного медицинского работника | | Роды в медицинских учреждениях | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | (%) | Год | 1 и более раз (%) | 4 и более раз (%) | Год | (%) | Год | (%) | Год |
| 101 | Марокко | 42 | 1995 | 32 | 8 | 1992 | 40 | 1995 | 30 | 1992 |
| 102 | Маршалловы Острова | ... | ... | ... | ... | ... | 95 | 1998 | ... | ... |
| 103 | Мексика | 60 | 1997 | ... | 86 | 2001 | 86 | 1997 | ... | ... |
| 104 | Микронезия (Федеративные Штаты) | ... | ... | ... | ... | ... | 93 | 1999 | ... | ... |
| 105 | Мозамбик | 5 | 1997 | 71 | 41 | 1997 | 48 | 1997 | ... | ... |
| 106 | Монако | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 107 | Монголия | 54 | 2000 | ... | 97 | 2001 | 99 | 2000 | ... | ... |
| 108 | Мьянма | 28 | 1997 | ... | 76 | 2001 | 56 | 1997 | ... | ... |
| 109 | Намибия | 26 | 1992 | 85 | 69 | 2000 | 76 | 2000 | 75 | 2000 |
| 110 | Науру | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 111 | Непал | 35 | 2001 | 49 | 15 | 2001 | 11 | 2001 | 9 | 2001 |
| 112 | Нигер | 4 | 2000 | 39 | 11 | 1998 | 16 | 2000 | 18 | 1998 |
| 113 | Нигерия | 9 | 1999 | 61 | 47 | 2003 | 35 | 2003 | 33 | 2003 |
| 114 | Нидерланды | 76 | 1993 | ... | ... | ... | 100 | 1995 | ... | ... |
| 115 | Никарагуа | 66 | 2001 | 85 | 72 | 2001 | 67 | 2001 | 66 | 2001 |
| 116 | Ниуэ | ... | ... | ... | ... | ... | 100 | 1996 | ... | ... |
| 117 | Новая Зеландия | 72 | 1995 | ... | ... | ... | 100 | 1995 | ... | ... |
| 118 | Норвегия | 69 | 1989 | ... | ... | ... | 100 | 1988 | ... | ... |
| 119 | Объединенная Республика Танзания | 17 | 1999 | 96 | 69 | 1999 | 36 | 1999 | 42 | 1999 |
| 120 | Объединенные Арабские Эмираты | 24 | 1995 | 97 | 94 | 1995 | 99 | 1995 | ... | ... |
| 121 | Оман | 18 | 1995 | 77 | 71 | 1995 | 95 | 2000 | ... | ... |
| 122 | Острова Кука | 60 | 1996 | ... | ... | ... | 100 | 1998 | ... | ... |
| 123 | Пакистан | 20 | 2001 | 36 | 16 | 1996-97 | 20 | 1998 | 17 | 1996-97 |
| 124 | Палау | ... | ... | ... | ... | ... | 100 | 1998 | ... | ... |
| 125 | Панама | 54 | 1984 | ... | 72 | 2001 | 90 | 1998 | ... | ... |
| 126 | Папуа-Новая Гвинея | 20 | 1996 | ... | 78 | 2001 | 53 | 1996 | ... | ... |
| 127 | Парагвай | 48 | 1998 | ... | 89 | 2001 | 61 | 1998 | ... | ... |
| 128 | Перу | 50 | 2000 | 85 | 69 | 2000 | 59 | 2000 | 57 | 2000 |
| 129 | Польша | 19 | 1991 | ... | ... | ... | 100 | 2002 | ... | ... |
| 130 | Португалия | 33 | 1979-80 | ... | ... | ... | 100 | 2000 | ... | ... |
| 131 | Республика Корея | 67 | 1997 | ... | ... | ... | 100 | 1997 | ... | ... |
| 132 | Республика Молдова | 43 | 2000 | 99 | ... | 1997 | 99 | 1997 | 99 | 1997 |
| 133 | Российская Федерация | ... | ... | 96 | ... | 1999 | 99 | 2002 | 98 | 1999 |
| 134 | Руанда | 6 | 2000 | 93 | 10 | 2001 | 31 | 2000 | 26 | 2000 |
| 135 | Румыния | 30 | 1999 | 89 | ... | 1999 | 98 | 1999 | 98 | 1999 |
| 136 | Сальвадор | 54 | 1998 | ... | 76 | 2001 | 90 | 1998 | ... | ... |
| 137 | Самоа | ... | ... | ... | ... | ... | 100 | 1998 | ... | ... |
| 138 | Сан-Марино | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 139 | Сан-Томе и Принсипи | 27 | 2000 | 91 | ... | 2000 | 79 | 2000 | ... | ... |
| 140 | Саудовская Аравия | 29 | 1996 | 77 | 73 | 1996 | 91 | 1996 | ... | ... |
| 141 | Свазиленд | 26 | 2000 | ... | ... | ... | 70 | 2000 | ... | ... |
| 142 | Сейшельские Острова | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 143 | Сенегал | 8 | 1997 | 82 | 64 | 1999 | 58 | 2000 | 99 | 1999 |
| 144 | Сент-Винсент и Гренадины | 55 | 1988 | ... | 92 | 2001 | 100 | 1990 | ... | ... |
| 145 | Сент-Китс и Невис | 37 | 1984 | ... | 100 | 2001 | 100 | 1995 | ... | ... |
| 146 | Сент-Люсия | 46 | 1988 | ... | 100 | 2001 | 100 | 1995 | ... | ... |
| 147 | Сербия и Черногория | 33 | 2000 | ... | ... | ... | 93 | 2001 | ... | ... |
| 148 | Сингапур | 53 | 1997 | ... | ... | ... | 100 | 1998 | ... | ... |
| 149 | Сирийская Арабская Республика | 28 | 1993 | ... | 51 | 2001 | 76 | 1993 | ... | ... |
| 150 | Словакия | 41 | 1991 | ... | ... | ... | 99 | 2002 | ... | ... |

| | Родоразрешение кесаревым сечением | | Число работающих акушерок | | Число живорождений за год, 2000 г. | Показатель материнской смертности, 2000 г. | Показатель мертворождаемости, 2000 г. | Показатель ранней неонатальной смертности, 2000 г. | Показатель неонатальной смертности, 2000 г. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | (%) | Год | Всего | Год | (000) | (на 100 000 живорождений) | (на 1000 родов) | (на 1000 живорождений) | (на 1000 живорождений) |
| 101 | 2 | 1992 | … | … | 691 | 220 | 17[b] | 14 | 21 |
| 102 | … | … | … | … | … | … | 24[b] | 20[b] | 26[b] |
| 103 | 12 | 1987 | … | … | 2324 | 83 | 11 | 11 | 15 |
| 104 | … | … | 7 | 2000 | 3 | … | 11[b] | 9[b] | 12[b] |
| 105 | 3 | 1997 | 1414 | 2000 | 753 | 1000[b] | 42[b] | 35[b] | 48 |
| 106 | … | … | 232 | 1995 | … | … | 4[b] | 2[b] | 3[b] |
| 107 | 5 | 2000 | 612 | 2002 | 58 | 110 | 25[b] | 21 | 26 |
| 108 | … | … | 10307 | 2000 | 1194 | 360[b] | 36[b] | 30[b] | 40 |
| 109 | 7 | 1992 | 2038 | 1997 | 67 | 300[b] | 26[b] | 21 | 25 |
| 110 | … | … | … | … | … | … | 13[b] | 11[b] | 14[b] |
| 111 | 1 | 2001 | 1549 | 1995 | 805 | 740 | 23 | 29 | 40 |
| 112 | 1 | 1998 | 461 | 2002 | 599 | 1600[b] | 31[b] | 26 | 43 |
| 113 | 2 | 2003 | 47847 | 1992 | 4645 | 800[b] | 48[b] | 40 | 53 |
| 114 | 14 | 2002 | 1825 | 2002 | 195 | 16 | 5 | 3 | 4 |
| 115 | 15 | 2001 | … | … | 170 | 230[b] | 11 | 13 | 18 |
| 116 | … | … | 2 | 1996 | … | … | 12[b] | 10[b] | 13[b] |
| 117 | 19 | 1999 | 2288 | 1999 | 54 | 7 | 3 | 3 | 4 |
| 118 | 16 | 2001 | 3089 | 2002 | 57 | 10 | 4 | 2 | 3 |
| 119 | 3 | 1999 | 13820 | 1995 | 1423 | 1500 | 38[b] | 32 | 43 |
| 120 | 10 | 1995 | … | … | 50 | 54[b] | 5[b] | 4[b] | 5 |
| 121 | 7 | 1995 | … | … | 82 | 87[b] | 6[b] | 5[b] | 6 |
| 122 | … | … | 3 | 2001 | … | … | 11[b] | 9[b] | 12[b] |
| 123 | 3 | 1990-91 | … | … | 5230 | 500[b] | 22 | 38 | 57 |
| 124 | … | … | 1 | 1998 | … | … | 13[b] | 10[b] | 14[b] |
| 125 | … | … | … | … | 69 | 160 | 8 | 8 | 11 |
| 126 | … | … | … | … | 180 | 300[b] | 28[b] | 24 | 32 |
| 127 | 18 | 1995-96 | … | … | 166 | 170 | 10 | 9 | 16 |
| 128 | 13 | 2000 | … | … | 639 | 410 | 8 | 12 | 16 |
| 129 | … | … | 21997 | 2000 | 380 | 10 | 4 | 4 | 6 |
| 130 | 30 | 2001 | … | … | 113 | 8 | 6 | 3 | 3 |
| 131 | … | … | 8728 | 2000 | 597 | 20 | 2 | 2 | 3 |
| 132 | 6 | 1997 | 1138 | 2002 | 49 | 36 | 16 | 16 | 16 |
| 133 | 12 | 1999 | 67527 | 2002 | 1246 | 65 | 18 | 7 | 9 |
| 134 | 2 | 2000 | 10 | 2002 | 323 | 1400 | 42[b] | 35 | 45 |
| 135 | 11 | 1999 | 6197 | 2002 | 231 | 58 | 6 | 6 | 9 |
| 136 | 16 | 1998 | … | … | 164 | 150[b] | 12 | 9 | 16 |
| 137 | … | … | 3 | 1999 | 5 | … | 12[b] | 10[b] | 13[b] |
| 138 | … | … | 6 | 1990 | … | … | 4[b] | 2[b] | 2[b] |
| 139 | … | … | 40 | 1996 | 5 | … | 34[b] | 28[b] | 38[b] |
| 140 | 8 | 1996 | … | … | 718 | 23 | 11[b] | 10[b] | 12 |
| 141 | … | … | … | … | 38 | 370[b] | 34[b] | 28[b] | 38[b] |
| 142 | … | … | 299 | 1996 | … | … | 8[b] | 7[b] | 9[b] |
| 143 | 2 | 1997 | 550 | 1995 | 355 | 690[b] | 27[b] | 22 | 31 |
| 144 | … | … | … | … | 2 | … | 10[b] | 9[b] | 11[b] |
| 145 | … | … | … | … | … | … | 11[b] | 9[b] | 12[b] |
| 146 | … | … | … | … | 3 | … | 12 | 8 | 10 |
| 147 | … | … | … | … | 127 | 9 | 6 | 7 | 9 |
| 148 | … | … | 447 | 1999 | 47 | 15 | 3 | 1 | 1 |
| 149 | … | … | … | … | 473 | 160[b] | 9[b] | 7[b] | 9[b] |
| 150 | 18 | 2002 | 1087 | 2002 | 55 | 10 | 4 | 4 | 5 |

**Таблица 8 приложения. Отдельные показатели репродуктивного здоровья, а также здоровья матерей и новорожденных**

Это оценочные данные, полученные из различных международных источников; они могут отличаться от собственных оценок государств-членов. Эти данные не направляли государствам-членам для рассмотрения.[a]

| | Государства-члены | Показатель использования контрацепции (современных методов) | | Беременные женщины, посетившие учреждения антенатальной помощи | | | Роды в присутствии квалифицированного медицинского работника | | Роды в медицинских учреждениях | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | (%) | Год | 1 и более раз (%) | 4 и более раз (%) | Год | (%) | Год | (%) | Год |
| 151 | Словения | 59 | 1994 | … | … | … | 100 | 2002 | … | … |
| 152 | Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии | 81 | 2002 | … | … | … | 99 | 1998 | … | … |
| 153 | Соединенные Штаты Америки | 71 | 1995 | … | … | … | 99 | 1997 | … | … |
| 154 | Соломоновы Острова | … | … | … | … | … | 85 | 1999 | … | … |
| 155 | Сомали | … | … | … | 32 | 2001 | 34 | 1999 | … | … |
| 156 | Судан | 7 | 1993 | … | 75 | 2001 | 87 | 2000 | … | … |
| 157 | Суринам | 41 | 2000 | 91 | 91 | 2001 | 85 | 2000 | … | … |
| 158 | Сьерра-Леоне | 4 | 2000 | 82 | 68 | 2001 | 42 | 2000 | … | … |
| 159 | Таджикистан | 27 | 2000 | 75 | … | 2000 | 71 | 2000 | … | … |
| 160 | Таиланд | 70 | 1997 | … | 86 | 2001 | 99 | 2002 | … | … |
| 161 | Тимор-Лешти | … | … | … | … | … | 24 | 2002 | … | … |
| 162 | Того | 9 | 2000 | 78 | 46 | 1998 | 49 | 2000 | 49 | 1998 |
| 163 | Тонга | … | … | … | … | … | 92 | 2000 | … | … |
| 164 | Тринидад и Тобаго | 33 | 2000 | 96 | 98 | 2001 | 96 | 2000 | … | … |
| 165 | Тувалу | … | … | … | … | … | 99 | 1997 | … | … |
| 166 | Тунис | 51 | 1994 | … | 79 | 2001 | 90 | 2000 | … | … |
| 167 | Туркменистан | 53 | 2000 | 87 | 83 | 2000 | 97 | 2000 | 96 | 2000 |
| 168 | Турция | 38 | 1998 | 67 | 42 | 1998 | 83 | 2003 | 73 | 1998 |
| 169 | Уганда | 18 | 2000-01 | 92 | 40 | 2000-01 | 39 | 2000-01 | 37 | 2000 |
| 170 | Узбекистан | 63 | 2000 | 95 | … | 1996 | 96 | 2000 | 94 | 1996 |
| 171 | Украина | 38 | 1999 | 90 | … | 1999 | 99 | 1999 | 99 | 1999 |
| 172 | Уругвай | … | … | … | 94 | 2001 | 100 | 1997 | … | … |
| 173 | Фиджи | … | … | … | … | … | 100 | 1998 | … | … |
| 174 | Филиппины | 28 | 1998 | 94 | 70 | 2003 | 60 | 2003 | 38 | 2003 |
| 175 | Финляндия | 75 | 1989 | … | … | … | 100 | 2002 | … | … |
| 176 | Франция | 69 | 1994 | … | … | … | 99 | 1993 | … | … |
| 177 | Хорватия | … | … | … | … | … | 100 | 2002 | … | … |
| 178 | Цетральноафриканская Республика | 7 | 2000 | 75 | 39 | 1994 | 44 | 2000 | 50 | 1994-95 |
| 179 | Чад | 2 | 2000 | 51 | 13 | 1997 | 16 | 2000 | … | … |
| 180 | Чешская Республика | 63 | 1997 | 99 | … | 1993 | 100 | 2002 | … | … |
| 181 | Чили | … | … | … | 95 | 1995 | 100 | 2002 | … | … |
| 182 | Швейцария | 78 | 1994-95 | … | … | … | … | … | … | … |
| 183 | Швеция | 72 | 1981 | … | … | … | 100 | 1987 | … | … |
| 184 | Шри-Ланка | 44 | 1993 | … | 98 | 2001 | 97 | 2000 | … | … |
| 185 | Эквадор | 50 | 1999 | 56 | … | 1999 | 69 | 1999 | … | … |
| 186 | Экваториальная Гвинея | … | … | … | 37 | 2001 | 65 | 2001 | … | … |
| 187 | Эритрея | 5 | 2002 | … | 49 | 2001 | 28 | 2002 | … | … |
| 188 | Эстония | 56 | 1994 | … | … | … | 100 | 2002 | … | … |
| 189 | Эфиопия | 6 | 2000 | 27 | 10 | 2000 | 6 | 2000 | 5 | 2000 |
| 190 | Южная Африка | 55 | 1998 | 89 | 72 | 1998 | 84 | 1998 | 85 | 1998 |
| 191 | Ямайка | 63 | 1997 | … | 99 | 2001 | 95 | 1997 | … | … |
| 192 | Япония | н.д. | 2000 | … | … | … | 100 | 1996 | … | … |

[a] Источники информации и методы — см. в разделе «Пояснительные комментарии».
[b] Оценки получены с помощью регрессионного анализа и аналогичных методов.
… Данных нет.
н.д. — Данные не представлены.

| | Родоразрешение кесаревым сечением | | Число работающих акушерок | | Число живорождений за год, 2000 г. | Показатель материнской смертности, 2000 г. | Показатель мертворождаемости, 2000 г. | Показатель ранней неонатальной смертности, 2000 г. | Показатель неонатальной смертности, 2000 г. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | (%) | Год | Всего | Год | (000) | (на 100 000 живорождений) | (на 1000 родов) | (на 1000 живорождений) | (на 1000 живорождений) |
| 151 | 14 | 2002 | … | … | 17 | 17 | 4 | 3 | 4 |
| 152 | 17 | 1997 | 24801 | 1993 | 681 | 11 | 5 | 3 | 4 |
| 153 | 23 | 2000 | … | … | 4146 | 14 | 4 | 4 | 5 |
| 154 | … | … | 23 | 1999 | 15 | 130[b] | 11[b] | 9[b] | 12[b] |
| 155 | … | … | … | … | 461 | 1100[b] | 44[b] | 37[b] | 49[b] |
| 156 | 4 | 1992-93 | … | … | 1092 | 590[b] | 24[b] | 20 | 29 |
| 157 | … | … | … | … | 10 | 110 | 16[b] | 14[b] | 18[b] |
| 158 | 2 | 1997 | 193 | 1996 | 225 | 2000[b] | 50[b] | 42[b] | 56[b] |
| 159 | 2 | 2002 | 3857 | 2002 | 160 | 100[b] | 34[b] | 29[b] | 38[b] |
| 160 | … | … | … | … | 1082 | 44 | 11[b] | 9 | 13 |
| 161 | … | … | … | … | 19 | 660[b] | 36[b] | 30[b] | 40[b] |
| 162 | 2 | 1998 | 402 | 1995 | 179 | 570 | 40[b] | 33 | 40 |
| 163 | … | … | 27 | 2000 | 3 | … | 10[b] | 8[b] | 10[b] |
| 164 | … | … | … | … | 17 | 110 | 16 | 10 | 13 |
| 165 | … | … | 10 | 2002 | … | … | 20[b] | 16[b] | 22[b] |
| 166 | 8 | 2000 | … | … | 166 | 120 | 11 | 9 | 14 |
| 167 | 4 | 2000 | 3642 | 1997 | 105 | 31[b] | 13 | 26 | 35 |
| 168 | 14 | 1998 | 41590 | 2001 | 1495 | 70[b] | 17 | 19 | 22 |
| 169 | 3 | 2000-01 | 850 | 2002 | 1195 | 880 | 15 | 25 | 32 |
| 170 | 3 | 1996 | 20997 | 2002 | 567 | 24[b] | 25 | 21 | 27 |
| 171 | 9 | 1999 | 24483 | 2002 | 418 | 38 | 28 | 9 | 9 |
| 172 | … | … | … | … | 58 | 20 | 9 | 5 | 7 |
| 173 | … | … | … | … | 20 | 75[b] | 9 | 7 | 9 |
| 174 | 7 | 2003 | 140675 | 2002 | 2029 | 200 | 11 | 12 | 15 |
| 175 | 16 | 2002 | 3952 | 2002 | 57 | 5 | 4 | 2 | 2 |
| 176 | 16 | 1999 | 15122 | 2002 | 758 | 17 | 5 | 2 | 3 |
| 177 | 14 | 2002 | 1493 | 2002 | 49 | 10 | 5 | 4 | 5 |
| 178 | 2 | 1994-95 | 1018 | 1995 | 143 | 1100 | 45[b] | 38 | 48 |
| 179 | 1 | 1996-97 | 161 | 2001 | 381 | 1100 | 35[b] | 29 | 45 |
| 180 | 14 | 2002 | 4949 | 2002 | 88 | 9 | 3 | 2 | 2 |
| 181 | 37 | 1994 | … | … | 288 | 30 | 4 | 4 | 6 |
| 182 | 10 | 2002 | 2033 | 2000 | 68 | 7 | 3 | 3 | 3 |
| 183 | 17 | 2001 | 5979 | 2000 | 88 | 8 | 3 | 2 | 2 |
| 184 | … | … | 7725 | 1999 | 310 | 92 | 11[b] | 9 | 11 |
| 185 | 19 | 1999 | 1037 | 2000 | 300 | 130 | 7 | 12 | 16 |
| 186 | … | … | 9 | 1996 | 20 | 880[b] | 36[b] | 30[b] | 40[b] |
| 187 | 2 | 1995 | 72 | 1996 | 153 | 630 | 23[b] | 19 | 25 |
| 188 | 15 | 2002 | 422 | 2002 | 12 | 38 | 5 | 4 | 6 |
| 189 | 1 | 2000 | 1142 | 2002 | 2865 | 850 | 20 | 38 | 51 |
| 190 | 16 | 1998 | … | … | 1028 | 230[b] | 18[b] | 15 | 21 |
| 191 | … | … | … | … | 54 | 87 | 9[b] | 8[b] | 10[b] |
| 192 | … | … | 24511 | 2000 | 1196 | 10 | 5 | 1 | 2 |

# предметный указатель

## А

аборт
небезопасный 11, 48–49, 56, 72
осложнения 57–58
правовые аспекты 59–60
селекция по полу 98
число 54–55
Австралия, подготовка акушерок, 83
Азия
использование услуг антенатальной помощи 48
небезопасные аборты 57
неонатальная смертность 10
рост рождаемости 15
акушерки
дипломированные/профессиональные 75–76, 80
необходимая численность 104
подготовка 83, 150
акушерские вмешательства по жизненным показаниям 31
*См. также* роды
акушерские навыки 73, 78, 83, 98–99
акушерские свищи 73
акушеры-гинекологи 83, 104
алкоголь *См.* образ жизни, нездоровый
алкогольный синдром плода 50
Американский регион (ВОЗ)
детская смертность 9, 121
неонатальная смертность 94–96
охват иммунизацией 28, 30
Ангола, расходы на охрану здоровья ребенка 133
анемия 50, 72
антенатальная помощь.
благоприятный эффект 49–52, 98–99
неэффективные программы 52
охват 52–53
повышение использования услуг 46–48
препятствия к доступу 52–53
*См. также* беременность
антенатальный скрининг 52, 79
антибиотики 128
антималярийные препараты 49, 128
Апгар шкала 97
асфиксия 92–93, 99
аутрич 127–128, 130
Африканский регион (ВОЗ)
детская смертность 9, 121
исключение из доступа к медико-санитарной помощи 28–29
материнская смертность 70
небезопасные аборты 57
недостаточное оказание профессиональной помощи в родах 99
неонатальная смертность 10, 12, 91, 94–96
низкий уровень использования услуг контрацепции 54–55
охват иммунизацией 28, 30
рост рождаемости 15
стагнация или регресс в динамике смертности 94–96
*См. также* страны Африки к югу от Сахары

## Б

Бангладеш
массовая депривация 34–36
оказание экстренной помощи 107
программы развития общин 125–126
Стратегия сектора по делам здравоохранения и народонаселения (ССЗН) 163
бедность *См.* нищета
беженцы
в Пакистане 25–26
доступ к прерыванию беременности 58
из Руанды 29
парасуицидальные проявления 74
Бенин
дефицит кадров 109
исключение из доступа к помощи 31
медико-санитарные центры 36–37
навыки реанимации 100

стоимость приема родов 107
экстренная помощь 107
беременность
внематочная 49
заболевания в этот период 48–49
злоупотребления по отношению к беременным 52, 55
исходы 54–55
квалифицированная медицинская помощь 98–99
молярная 49
нарушения психического здоровья 50
нежелательная 54
опасности и осложнения 46–50, 71
показатели смертности 11
правовая защита 59–60
прекращение курения 50
причина смерти, заболеваний или инвалидности 11, 72–73
увеличение интервалов 99
*См. также* антенатальная помощь
беременные женщины
маргинализация 58–59
социальные, политические и правовые условия 59–60
статус 45–48
Боливия
женские группы 102
использование услуг квалифицированной помощи в родах 100
Национальная программа страхования здоровья матерей и детей 159
снижение материнской смертности 11
больницы
для оказания помощи последующего уровня 36–37, 98–99, 126–127
окружные 37–38, 39, 76, 83–84, 125,
резервная помощь 81, 82, 100–101, 126–127
экстренная перевозка больных 127
*См. также* резервная помощь
Больницы доброжелательные к ребенку 119
Ботсвана
детская смертность 25
подготовка акушерок 83
Браззавиль (Конго), материнская смертность 107
Бразилия
катастрофические расходы на медицинскую помощь 160
маргинальный тип исключения из доступа к помощи 34–36
навыки общения у медицинских работников 125
рост заработной платы 155
брак, минимальный возраст вступления 59–60
Буркина-Фасо
исключение из доступа к помощи 31
лечение малярии на дому 125
окружные больницы 37–38
проблемы в системе здравоохранения 37–38, 109
Бутан
экстренная помощь 107
бюджетные системы финансирования здравоохранения 156–157, 159–161

# В

вакцинация *См.* иммунизация/вакцинация
Великобритания *См.* Соединенное Королевство
вертикальные программы 36–37, 38–40, 109, 145–147
витамин А 26–28, 39, 120, 123, 131
ВИЧ/СПИД
влияние на здоровье матери, новорожденного и ребенка 25–26, 27
влияние на систему здравоохранения 37–38
дети-сироты 25
как причина смерти 121, 218
профилактика и лечение 131
смертность во время беременности 49–50
внематочная беременность 49
Восточное Средиземноморье (регион ВОЗ)
детская смертность 9, 121
материнская смертность 12, 70
неонатальная смертность 12, 94–96
охват иммунизацией 28, 30
врачи
необходимое число 104
роль в оказании помощи при родах 79–82
*См. также* акушеры-гинекологи; медицинские работники
врожденные аномалии (пороки развития) 92–93
Всемирная ассамблея здравоохранения 118, 163
Всемирная кампания за ликвидацию акушерских свищей 73
Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 171–172
основные показатели государств-членов 202
оценки уровней неонатальной смертности 94–96
поддержка охраны здоровья и благосостояния матерей и детей 3
поддержка стратегии использования повитух 80
Расширенная программа иммунизации 118
роль в антенатальном скрининге 79
руководства по уходу за беременной женщиной 49–50, 53,
сценарии расширения масштабов оказания помощи 109
вскармливание младенцев 131,
*См. также* грудное вскармливание
выбор пола (во время беременности) 98
выборочные эпидемиологические обследования 14
выживаемость, различия между бедными и богатыми 33–36
Вьетнам
неонатальная смертность 97

самоубийства как причина материнской смертности 74
схемы социального страхования 158–159

# Г

Гаити, исключение из доступа к помощи 31
Гамбия, информация о состоянии здоровья населения 145
Гана
кризис кадровых ресурсов 37–38
медико-санитарные центры 36–37
стоимость приема родов 107
Гватемала, загрязнение воздуха внутри помещений 125
Гвинея
недостатки системы оказания медицинской помощи 30–33
окружные структуры 37–38
Гвинея-Биссау, заработная плата и материальное стимулирование 37–38
гендерные проблемы
причина исключения из доступа к помощи 28–29
*См. также* насилие против женщин; женщины
генитальная мутиляция 59
географическая привязка данных 31, 145
гинекологи *См.* акушеры-гинекологи
гипертензивные расстройства *См.* эклампсия и преэклампсия
Глобальная стратегия по питанию детей грудного и раннего возраста 119
ГОБИ (GOBI), мониторинг роста, пероральная регидратационная терапия при диарее, грудное вскармливание и иммунизация 118
Гондурас
недостатки системы здравоохранения 29–30
снижение материнской смертности 76–77
госпитализация по экстренным показаниям 82
государственная система здравоохранения 6, 152–153, 156–158, 161–162
гражданское общество – *См.* организации гражданского общества
грудное вскармливание 100–101, 118, 125–126, 131
Грузия, повышение заработной платы 155
гуманитарные кризисы 26–27

# Д

Дарфур 151
движение за первичную медико-санитарную помощь. *См.* первичная медико-санитарная помощь
девушки-подростки
небезопасный аборт 57
принуждение к сексу 55
уязвимость 53
депрессия, послеродовая 50, 74
*См. также* нарушения психического здоровья
дети
домашний уход 2, 122–123, 125–126
задержка роста и развития 122–123
исключение из доступа к помощи 26–28
как национальный ресурс 2–3
нарушения развития 49–50
обеспечение выживания 131
права 5
причины смерти 121, 218
смертность *См.* детская смертность
состояние питания *См.* недостаточность питания
дети-сироты (в результате ВИЧ/СПИДа) 25, 27
детская смертность 9, 15–16, 92, 121, 210, 214
влияние низкой обращаемости за помощью, 126–127
влияние уровня социально-экономического развития 96–97
причины 121, 218
различия в показателях 95
Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) 12, 104, 118
децентрализация 36–37, 103–104
*См. также* окружная модель
диарея
как причина смерти 92–93, 102–103, 121, 120, 218
лечение 126–127, 131
дискриминация 30–33, 46, 97–98
Документы по стратегии сокращения масштабов нищеты (ДССН) 145
домашние посещения медицинскими работниками 102–103
*См. также* медицинские работники и семьи/общины
Доминиканская Республика
исключение из доступа к помощи 34–36
доноры *См.* финансирование
дородовая помощь *См.* антенатальная помощь
доступ к услугам здравоохранения
барьеры 24, 28–29, 53, 100
беженцы 29, 58
влияние на уровень неонатальной смертности 99–102
всеобщий 36–37, 77–78, 99–102, 156, 162
искусственный аборт 56–57
Латинская Америка 147
ограниченный 59–60
окружная модель 29, 36–37
подростки 54–55
помощь матерям, новорожденным и детям 149, 156, 161–162
право на услуги 5, 8, 38–40, 145–147
разрешение от третьего лица 59–60
службы репродуктивного здоровья 7, 54–55,
финансовые препятствия 25–26,100, 156, 158–159
*См. также* исключение

# Е

Европейский регион (ВОЗ)
детская смертность 9, 121
материнская смертность 12, 70
неонатальная смертность 12, 94–96
охват иммунизацией 28, 30
Египет
злоупотребления по отношению к беременным 52
использование услуг квалифицированной помощи в родах 100
материнская смертность 11, 48, 76

# Ж

женские группы 3–7, 102, 126
женщины
барьеры для доступа к медицинской помощи 28–29
положение 23–24, 54–55, 58–59, 99–102
право на охрану здоровья 5, 7–8

# З

загрязнение воздуха внутри помещений 125
задержка внутриутробного развития 92, 93–94
Заир 36–37
*См. также* Конго (Демократическая Республика)
Замбия
госпитализация с первого уровня помощи 48–49
кадровый кризис 37–38
материнская смертность, 25
небезопасные аборты 57
западной части Тихого океана страны (регион ВОЗ)
детская смертность 9, 121
материнская и неонатальная смертность 12, 94–96
охват иммунизацией 28, 30
затрудненные роды, как причина материнской смертности 71–73
защита прав потребителей 162
здоровье детей
комплексный подход 126–127
неравноценные достижения 9–10
программы первичной медико-санитарной помощи 3–7
экономические аспекты 131, 134
здоровье матери, новорожденного и ребенка
*См.* охрана здоровья матери, новорожденного и ребенка
здравоохранение *См.* общественное здравоохранение
здравоохранение, системы и службы
дефицит инфраструктуры 107
коммерциализация 107
недостаток финансирования 14–15, 143
развитие 74
реформы 144, 145–147
Зимбабве, кадровый кризис 37–38

# И

избыточная масса тела 50
иммунизация/вакцинация
как возможность для дополнительных вмешательств 123
как ключевое мероприятие 131
охват 118
показатели в государствах-членах ВОЗ 232
программы 118
тенденции 28, 30
инвалидность 11, 92
Индия
аборты 57
детская смертность10
злоупотребления по отношению к беременным 52
нарушения здоровья в послеродовом периоде 73
недостатки системы здравоохранения 29–33
неправильное применение окситоцина 108
соотношение полов среди новорожденных 98
увеличение числа рождений 15
Индонезия
акушерки 82–83
использование услуг медицинской помощи 48, 100
индустриально развитые страны, акушерская помощь первого уровня 83–84
Инициатива «Достичь каждого округа» 130
Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИВБДВ) 120, 123–127
национальные и местные руководства 128
расширение масштаба 128
инфекции, передаваемые половым путем 52, 142
инфекция 23–24
как причина смерти 71–73, 92–93, 218
снижение риска 98–99
Ирак
коллапс системы здравоохранения 77
материнская и неонатальная смертность 77
исключение (из доступа к помощи)
вследствие прямой оплаты услуг 157–158
матерей и детей 26–28
типы и источники 30–33, 158–159
*См. также* доступ к помощи

# К

кадровый кризис, 37–38, 107, 109, 150
*См. также* медицинские работники
Казахстан, исключение из доступа к помощи 28–29

Камбоджа
небезопасные аборты 57
окружная модель 36–37
освобождение от оплаты услуг 158
постконфликтная зона 144, 151
рост заработной платы 155
Камерун, расходы на здравоохранение 36–37
Канада
злоупотребления по отношению к беременным 52
подготовка акушерок 83
Карибского бассейна страны
использование услуг антенатальной помощи 48
небезопасные аборты 57
квалифицированные медицинские работники
*См.* медицинские работники
квалифицированные помощники в родах
определение 79
*См. также* акушерские навыки; роды
квинтили дохода 33–34
Кения
медико-санитарные центры 36–37
подготовка акушерок 83
прямая оплата услуг 158
Кесарево сечение 13, 72–73, 82, 108
Китай
детская смертность 10
соотношение полов среди новорожденных 98
Колумбия
катастрофические расходы на медицинскую помощь 160
маргинальный тип исключения из доступа к помощи 34–36
неонатальная смертность 97
коммунальные медико-санитарные работники 125–128, 131, 150
без медицинского образования 102–104
Конго (Демократическая республика)
детская смертность 10
расходы на охрану здоровья детей 133
система здравоохранения 29, 38–40
Консорциум по прерывистому профилактическому лечению грудных детей 49
контрацепция 50–52, 54,
*См. также* репродуктивное здоровье
Корея (Республика)
соотношение полов при рождении 98
корь, как причина смерти 121, 218
Кот-д'Ивуар, расходы на здравоохранение 133
краснуха, вакцинация 92–93, 98–99
краснушная инфекция 92
кровотечение 49, 71–72
Куба, улучшения в оказании медико-санитарной помощи 147
курение *См.* образ жизни, нездоровый

# Л

Лаосская Народно-Демократическая Республика, антенатальная помощь 47
Латинская Америка
исключение из доступа к помощи 28–29
использование услуг антенатальной помощи 48
небезопасные аборты 56–57
улучшение доступа 147
Либерия, посткризисная ситуация 151

# М

Малави
коллапс системы здравоохранения 77
материнская смертность 13
медицинская сортировка при госпитализации 127
увеличение численности акушерок 76–77
Малайзия
акушерки 75, 83–84
устойчивые улучшения 147
Мали
исключение из доступа к помощи 31
кадровые трудности 37–38, 109
медико-санитарные центры и службы 37–38
неправильное применение окситоцина 108
расходы на охрану здоровья детей 133
малярия
заболеваемость и смертность 49–50
как причина смерти 121, 218
лечение, 125–126, 127, 131
прерывистое профилактическое лечение 49, 98–99, 131
эндемичные районы 26–28
маргинализация 30–33
Марокко
использование услуг квалифицированной помощи в родах 100
экстренная помощь 107
массовая депривация 30–33
матери и дети
доступ к помощи 149
исключение из доступа 26–28
право на охрану здоровья 38–40,
*См. также* охрана здоровья матери, новорожденного и ребенка
материнская смертность
в послеродовом периоде 23–24
во время беременности 48–49
и помощь профессиональных акушерок 73
непредсказуемость осложнений 70
определение 70
показатели 16, 18, 69–70, 95

причины 23–24, 70–71
разброс показателей 70
разрушительные последствия 2
регресс показателей 13
снижение 11, 73–74,
трудности получения информации 12
эффект квалифицированной медицинской помощи 11, 99–102
материнство, навыки. *См.* навыки родительского ухода за ребенком
медикализация 53, 100–101, 108
медико-санитарные центры, первичная медико-санитарная помощь 36–37
медицинская помощь, медико-санитарная помощь
государственная система 152–153, 157–158, 161–162
дискриминация в оказании 29–30
доступ *См.* доступ к услугам здравоохранения
медицинские (медико-санитарные) округа
*См.* окружная модель здравоохранения
медицинские работники
дефицит кадров 14, 25–26, 37–38, 107, 109, 150
и семьи/общины 102–103, 124, 127–128
и система ИВБДВ 123–125
квалификация и компетентность 107,109
навыки общения 125–126
невыходы на работу 37–38
недостаточная эффективность работы 150
неправильное поведение 153
обучение 83, 100–101, 128, 130, 150
общего профиля 84–85, 98–99, 150
оплата труда и стимулирование 26, 37–38, 152, 154–155
реабилитация 150
трудности набора 26
условия труда
уязвимость к ВИЧ/СПИДу 37–38
медицинские работники широкого профиля
посткризисная ситуация 84–85, 151
медицинские сестры, медсестры *См.* медицинские работники
медсестры-акушерки 76–77, 79–82, 100–101, 107, 109
*См. также* медицинские работники; акушерские навыки; акушерки
Международная конференция по народонаселению и развитию 7, 57–58, 145
Международная организация труда, Конвенция об охране материнства 3–7, 60
международное сообщество, поддержание политической приверженности 147
Международный свод правил маркетинга заменителей грудного молока 119
Мексика, злоупотребления по отношению к беременным 52
мертворождения, мертворождаемость 11, 54–55, 70, 72–73, 91–92, 115
мизопростил, 72
микроэлементы в питании 49–50, 93–94, 125–126, 131
младенцы *См.* дети; новорожденные
Мозамбик
низкая заработная плата медсестер 152
посткризисная ситуация 151
молярная беременность 49
Монголия
коллапс системы здравоохранения 77
экономический кризис 25, 144

# Н

навыки реанимации 99, 100–101
навыки родительского ухода за ребенком 52, 99, 101, 122–123
надкроватные сетки, обработанные инсектицидами 26–28, 49, 51, 122–123, 125, 131
направление на последующий уровень помощи
*См.* больницы
наркотики *См.* образ жизни, нездоровый
нарушения психического здоровья, связанные с беременностью 50
*См. также* депрессия, послеродовая
нарушения развития в детском возрасте 49–50
насилие
и нежелательная беременность 55–57
как уголовное преступление 59
против беременных женщин 52, 58–59
против женщин 5, 26, 49–50, 52, 58–59, 98
*См. также* женщины
недостаточность питания 10, 49–50, 93–94, 122–123
неонатальная помощь 100–101, 99–102, 131
неонатальная смертность 10–11, 16, 91–95, 97–98, 99–102
неонатальные состояния, как причина смерти 121, 218
Непал
женские группы 102, 126
неправильное применение окситоцина 108
непрерывность в оказании помощи 53, 83–84, 102, 126–127, 128, 145–147
Нигер
дефицит кадров 109–112
исключение из доступа к помощи 31
надкроватные сетки, обработанные инсектицидами 50–52
окружная модель здравоохранения 36–38, 39
оплата труда и стимулирование кадров 37–38
расходы на охрану здоровья детей 133
финансирование из внешних источников 142
экстренная помощь 107
Нигерия
детская смертность 10, 28–29
расходы на охрану здоровья детей 133
низкая масса тела при рождении 92–94, 96–97

Никарагуа
злоупотребления по отношению к беременным 52
неонатальная смертность 97
экстренная помощь 107
нищета
влияние на системы здравоохранения 24–25
влияние на состояние здоровья матерей новорожденных и детей 35
вследствие расходов на медицинскую помощь 19–20, 29–30, 160
как причина исключения 29–30
новорожденные
нарушения здоровья 11
первая неделя жизни 91–92
причины смерти 92–94, 218
реанимация 100–101

# О

образ жизни
консультирование 51, 99
нездоровый 50
обращение за помощью 102–103, 123–125, 126–127
общесекторальные подходы (ОСП) 146, 156
общественное здравоохранение и охрана здоровья матери, новорожденного и ребенка 2–4, 7, 49–50, 52, 58–59
ожирение 6, 50
окружная модель здравоохранения 29, 35–36, 83–84, 105, 129, 145–147
окружные больницы 37–38, 39, 76–77, 83–84, 105, 123–125
окситоцин 72, 108
ООН
*См.* Организация Объединенных Наций
оплата услуг, прямая 25, 60, 157–159
организации в поддержку развития, практика привлечения местных кадров 154–155
организации гражданского общества 161–163
Организация Объединенных Наций
Всеобщая декларация прав человека 5
инициативы по правам человека 5
позиция в отношении абортов 57
*См. также* Цели тысячелетия в области развития
основные индикаторы для государств-членов 202
ОСП *См.* общесекторальный подход
острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей как причина смерти 121, 218
отпуск по беременности, родам и уходу за ребенком 60
охрана здоровья матери и ребенка (ОЗМР), теперь – охрана здоровья матери, новорожденного и ребенка (ОЗМНР) 141
охрана здоровья матери, новорожденного и ребенка (ОЗМНР)
аспекты общественного здравоохранения 2–3, 7, 49–50, 52, 58–59
барьеры для использования услуг 99
влияние на детскую смертность 100
всеобщий доступ/охват помощью 156, 161–162
глобальные партнерства 143
и движение за первичную медико-санитарную помощь 34–36
индикаторы 198–199
интеграция 144–145
исторические аспекты 2–3
международная поддержка 142
основные мероприятия 130–131
переориентация 141
политические аспекты 25–26, 145–147, 161–162
приоритеты 144–145
расширение масштаба 24–26, 109, 128–130, 150, 156
технический фокус, 146, 149
финансирование 117–138, 131, 134, 142, 156
Цели тысячелетия в области развития 2, 8
экономические аспекты 7, 134, 156
*См. также* здоровье детей

# П

Пакистан
беженцы 28
детская смертность 10
«Женщины – медико-санитарные работники» 128
исключение из доступа к помощи 31
увеличение числа родов 15
Панамериканская организация здравоохранения 28–29
Папуа–Новая Гвинея, плата за медицинское обслуживание 158
Парагвай, исключение из доступа к помощи 29–30
Партнерство «За безопасное материнство и здоровье новорожденного» 143
Партнерство «За выживание детей» 143
Партнерство «За здорового новорожденного» 143
патронажные посещения *См.* домашние посещения
первичная медико-санитарная помощь 4, 34–37, 38, 83–84, 117–118, 127–128
переливание крови 72
пероральная регидратационная терапия 118, 122–123
Перу
злоупотребления по отношению к беременным 52
исключение из доступа к помощи 29–30
питание
адекватное, 126
*См. также* микроэлементы в питании
планирование семьи 7, 54–55, 99, 162
плацента, патология 49

пневмония 118, 126, 131
повитухи 76, 80, 102–104
подростки, дефицит доступа к услугам контрацепции 55
показатели национальных счетов здравоохранения 220
показатели смертности *См.* смертность
полиомиелит 118, 120
политическая стабильность 147, 150–153
политические аспекты охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка 25–26, 147, 161–162
полов соотношение 98
помощь первого уровня 78–79, 81
послеродовой период
оказание помощи 84
смертность 70–71
посткризисные ситуации 151
*См. также* гуманитарные кризисы
права человека 5, 59–60
предварительная оплата медицинских услуг и объединение финансовых средств 155–158
преемственность в оказании помощи 122–123
преэклампсия *См.* эклампсия и преэклампсия
Призыв к действиям за безопасное материнство 7
причины смерти
детей до 5 лет 121, 218
новорожденных, 92–93, 218
регистрация 14
противомоскитные сетки *См.* надкроватные сетки
профессиональные медицинские работники
*См.* медицинские работники
прямая оплата медицинских услуг *См.* оплата медицинских услуг
пузырный занос 49

# Р

работа с населением *См.* аутрич
работники здравоохранения *См.* медицинские работники
расходы (семейные) на медицинскую помощь
катастрофические 158
недоступно высокие 29–30
расходы на здравоохранение
индикаторы национальных счетов здравоохранения 220, 228
на душу населения 228
повышение 24–26, 112, 134
Расширенная программа иммунизации 118
реанимационные навыки *См.* навыки реанимации
«Революция выживания детей» 118
регистрация рождений и смертей 14, 59
регресс динамики смертности 10, 13–15, 17, 94–96,
резервная помощь 78–79, 81, 82, 100–101, 126–127
оценка потребностей 103–104
*См. также* больницы
репродуктивное здоровье
всеобщий доступ к услугам 7, 117–38
показатели 198–199
*См. также* контрацепция
ритуалы, связанные с родами 78
ритуальные калечащие операции
*См.* генитальная мутиляция
родовая травма 93–94
родовспомогательные учреждения, возглавляемые акушерками 23–24, 82–83, 105
родовспомогательные центры/учреждения 24, 82–83, 105
роды
в домашних условиях 2–3, 77, 84, 100–101,
квалифицированная помощь 11, 73, 98–99, 103
нарушения здоровья/смертность 11
осложнения 70–71, 73–74, 78–79, 98–99
планирование 21–23, 51, 98–99
риск 70–71
рост числа 14
стоимость 107, 158–159
традиционные ритуалы 78, 80
рождений и смертей регистрация 14, 59
Руанда 29,100

# С

самоубийство или самоповреждения 74
*См. также* нарушения психического здоровья
Свазиленд, частный сектор 37–38
свищи акушерские 73
северная Африка, увеличение охвата квалифицированной медицинской помощью в родах 106
сексуальное насилие/принуждение 55, 74, 98
*См. также* насилие
семейные опросы 94–96
семьи
и медицинские работники 123–125
основные функции в уходе за детьми 125–126
повышение полномочий 128
уход за детьми 127–128
Сенегал
медико-санитарные центры 36–37
неправильное применение окситоцина 108
подготовка акушерок 83
экстренная помощь 107
сепсис, 25, 71–73, 120, 126–127, 131
*См. также* инфекция
Сеть по вопросам неудовлетворенных потребностей в акушерской помощи 31
синдром внезапной смерти младенца 50
синдром врожденной краснухи 98–99
сироты (в результате ВИЧ/СПИДа) 25
сифилис 98–99

смертность
детей в возрасте до 5 лет 121, 210, 214
регресс показателей 13, 17, 94–96,
*См. также* детская смертность
смертность новорожденных
*См.* Неонатальная смертность
Соединенное Королевство
злоупотребления по отношению к беременным 52
подготовка акушерок 83
самоубийства как причина материнской смертности 74
социальное исключение
источники 23–24
*См. также* исключение
социальное страхование здоровья 157–158
социально-экономические неравенства 26–28, 30–35
социально-экономическое развитие 96–97, 147
социальные, политические и правовые условия 59–60
статистическое моделирование, трудности интерпретации 14
стоимость *См.* экономические аспекты; расходы на медицинскую помощь; прямая оплата услуг
столбняк
иммунизация 93–94, 98–99, 131
как причина смерти 93, 121, 218
страны Африки к югу от Сахары
влияние ВИЧ/СПИДа 25, 27
задержка роста и развития детей 9
исключение из доступа к помощи 28–29
использование услуг антенатальной помощи 48
кадровый кризис 37–38
квалифицированная медицинская помощь при родах 106
материнская смертность 12, 70
медико-санитарные округа 29, 103–104
мертворождаемость и неонатальная смертность 10–11, 91, 96
нищета 24–25
расходы на здравоохранение 36–37
регресс динамики смертности 15–16, 94–96,
увеличение числа рождений 14–15
частота кесарева сечения 108
*См. также* Африканский регион
стратегия сокращения масштабов нищеты 145, 161–162
Судан, посткризисная ситуация 151
схемы медицинского страхования 19–20, 25–26, 156
добровольного 158
Сьерра-Леоне, стоимость приема родов 158

# Т

табак *См.* образ жизни нездоровый
Таджикистан, коллапс системы здравоохранения 77, 144
Таиланд
акушерская помощь первого уровня 81
материнская смертность 75–76
покрытие расходов на медицинскую помощь 160
программы охраны здоровья ребенка 3
стимулы для развития сельского здравоохранения 154–155
Танзания (Объединенная Республика)
внедрение ИВБДВ 128
исключение из доступа 31, 29–30, 158
медицинские работники 125–126, 128
прямая оплата медицинских услуг 158
твердые виды топлива, загрязнение воздуха внутри помещений 126
технические знания/технология 97–98, 146, 149
Того
квалифицированная медицинская помощь при родах 100
оплата и стимулирование труда 37–38
традиции,связанные с родами 78
традиционные (народные) повитухи *См.* повитухи
трофобластическая болезнь 49
туберкулез 25, 49–51, 143
Тунис, детская смертность 119

# У

Уганда
медицинские работники, обученные ИВБДВ 128, 130
нарушения психического здоровья у беременных 50
Окружная программа развития 145
условия труда
вредные производственные факторы 50
дискриминация 23–24

# Ф

фертильность, глобальное снижение 54
финансирование
донорские средства 142, 145–149, 154, 162
использование ресурсов 159–161
финансовая защита
комплексные механизмы 159–161
от чрезмерных расходов при обращении за помощью 156
построение системы 159–161
финансовая эксплуатация 107
финансовые барьеры для доступа к помощи 19–20, 25–26,100, 156, 158
Фонд Билла и Мелинды Гейтс 142
Фонд ООН по народонаселению (ЮНФПА) 12, 72–73, 104

## Х

Хартия матерей 3
хорионэпителиома 49

## Ц

Цели тысячелетия в области развития 8–9, 171

## Ч

Чад
- массовая депривация 34–36
- расходы на детское здравоохранение, 133
- экстренная помощь, 107

чрезвычайные ситуации *См.* гуманитарные кризисы

## Ш

Швейцария, злоупотребления по отношению к беременным 52
Швеция
- злоупотребления по отношению к беременным 52
- подготовка акушерок 83

Шри-Ланка
- акушерская помощь первого уровня 81
- домашние посещения в послеродовом периоде 84–85
- материнская смертность 75
- неонатальная смертность 97
- стойкие улучшения 147
- экстренная помощь 107

## Э

Эквадор
- исключение из доступа к помощи 29–30
- навыки реанимации 100

эклампсия и преэклампсия 49, 71–73
эпизиотомия 108
Эфиопия
- детская смертность 10
- злоупотребления по отношению к беременным 52
- коммунальные медико-санитарные работники 128
- лечение малярии на дому 125
- массовая депривация 34–36
- расходы на охрану здоровья детей 133

## Ю

Юго-Восточная Азия (регион ВОЗ)
- детская смертность 9
- квалифицированная медицинская помощь при родах 106
- материнская смертность 70
- медико-санитарные округа 104
- мертворождаемость и неонатальная смертность 91, 94–96
- охват иммунизацией 28, 30
- подготовка акушерок, 83

Южная Америка
- небезопасные аборты 56
- *См. также* Американский регион; Латинская Америка

Южная Африка
- кадровый кризис, 37–38
- отмена прямой оплаты услуг здравоохранения 159

ЮНИСЕФ *См.* Детский фонд ООН

## Я

Ямайка, навыки реанимации 100
ятрогенные осложнения 100–101, 108

# ОТДЕЛЕНИЯ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## Штаб-квартира ВОЗ (WHO headquarters)

World Health Organization
Avenue Appia 20
1211 Geneva 27, Switzerland
Телефон: (41) 22 791 21 11
Телефакс: (41) 22 791 31 11
Электронная почта: info@who.int
Веб-сайт: http://www.who.int

## Региональное бюро ВОЗ для стран Африки (WHO Regional Office for Africa)

Cite du Djoue, P.O.Box 06
Brazzaville, Congo
Телефон: + (47 241) 39100 / + 242 8 39100
Телефакс: + (47 241) 39503 / + 242 8 39503
Электронная почта: regafro@afro.who.int
Веб-сайт: http://www.afro.who.int/

## Региональное бюро ВОЗ для стран Америки / Панамериканское санитарное бюро (WHO Regional Office for the Americas / Pan American Sanitary Bureau)

525, 23rd Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, USA
Телефон: (1) 202 974 3000
Телефакс: (1) 202 974 3663
Электронная почта: postmaster@paho.org
Веб-сайт: http://www.paho.org

## Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии (WHO Regional Office for South-East Asia)

World Health House
Indraprastha estate
Mahatma Gandhi Road
New Delhi 110002, India
Телефон: (91) 112 337 0804/ 09/ 10/ 11
Телефакс: (91) 112 337 0197/ 337 9395
Электронная почта: postmaster@whosea.org
Веб-сайт: http://www.whosea.org

## Европейское региональное бюро ВОЗ (WHO Regional Office for Europe)

8, Scherfigsvej
2100 Copenhagen Ø, Denmark
Телефон: (45) 39 17 17 17
Телефакс: (45) 39 18 18 18
Электронная почта: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: http://www.euro.who.int

## Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean)

WHO Post Office
Abdul Razzak Al Sanhouri Street
Nasr City
Cairo 11371, Egypt
Телефон: (202) 670 25 35
Телефакс: (202) 670 24 92 или 670 24 94
Электронная почта: postmaster@emro.who.int
Веб-сайт: http://www.emro.who.int

## Региональное бюро ВОЗ для стран западной части Тихого Океана (WHO Regional Office for the Western Pacific)

P.O. Box 2932
Manila 1099, Philippines
Телефон: (632) 528 8001
Телефакс: (632) 521 1036 или 526 0279
Электронная почта: postmaster@wpro.who.int
Веб-сайт: http://www.wpro.who.int

## Международное агентство по изучению рака (International Agency for Research on Cancer)

150, cours Albert-Thomas
69372 Lyon Cédex 08, France
Телефон: (33) 472 73 84 85
Телефакс: (33) 472 73 85 75
Электронная почта: webmaster@iarc.fr
Веб-сайт: http://www.iarc.fr

Дети – это будущее нашего общества, а их матери являются хранителями этого будущего. Однако в этом году почти 11 миллионов детей в возрасте до пяти лет умрут от причин, которые в значительной степени поддаются предупреждению. Среди них 4 миллиона младенцев, которые не выживут в течение первых месяцев жизни. В добавление к этому, 3,3 миллиона младенцев родятся мертвыми. В то же время около половины миллиона женщин умрут во время беременности, родов или вскоре после этого.

В *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г., – Не оставим без внимания каждую мать, каждого ребенка,* опубликованном Всемирной организацией здравоохранения, изучается, почему эти случаи смерти продолжают происходить в таких масштабах и как уменьшить ежегодное число этих жертв. Доклад содержит как экспертный анализ препятствий для прогресса в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, так и полную серию рекомендаций, направленных на их преодоление. В нем говорится, что сегодня уже существуют мероприятия для изменения жизни миллионов матерей и детей и предотвращения миллионов трагически преждевременных случаев смерти.

Для того чтобы положить конец широко распространенному исключению, страны должны гарантировать доступ к помощи для каждой матери и каждого ребенка посредством континуума услуг, простирающегося от беременности, родов, неонатального периода до детского возраста. В докладе делаются подробные прогнозы таких усилий и соответствующих расходов, необходимых для увеличения масштабов деятельности в направлении обеспечения всеобщего доступа в течение предстоящего десятилетия.

Всеобщий доступ для матерей и детей требует таких систем здравоохранения, которые смогут удовлетворять потребности и запросы населения, а также обеспечивать для них защиту от финансовых трудностей, возникающих в результате плохого состояния здоровья. Чтобы сделать это возможным, необходимо увеличить инвестиции в системы здравоохранения и в людские ресурсы для здравоохранения. В докладе утверждается, что здоровье матерей, новорожденных и детей должно занять центральное место в обеспечении права на здоровье, защищаемого и финансируемого из государственных средств и посредством систем медико-социального страхования.

*Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г.* имеет важное значение для всех тех, кто заинтересован в улучшении здоровья каждой матери, каждого новорожденного и каждого ребенка и в обеспечении к ним внимания.

ISBN 92 4 456290 1