# МОНИТОРИНГ ДОСТИЖЕНИЯ ВСЕОБЩЕГО ДОСТУПА К РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Концептуальные и практические вопросы
Соответствующие индикаторы

Всемирная организация здравоохранения

UNFPA

**WHO Library Cataloguing-in-Publication Data**

**National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health : conceptual and practical considerations and related indicators -- report of a WHO/UNFPA Technical Consultation, 13–15 March 2007, Geneva.**

**1.Reproductive medicine. 2.Health services accessibility. 3.Reproductive health services. 4.Health status indicators. I.World Health Organization. II.United Nations Population Fund.**

**ISBN 978 92 4 459683 8 (NLM classification: WQ 200)**

© Всемирная организация здравоохранения, 2010 г

Все права защищены. 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 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – как для продажи, так и для некоммерческого распространения – следует направлять в Отдел прессы ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; эл. почта: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности 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, возникший в результате использования этих материалов.

Printed in Switzerland

# Содержание


Список сокращений i

Выражение признательности i

1. МОНИТОРИНГ ДОСТИЖЕНИЯ ВСЕОБЩЕГО ДОСТУПА К РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ: ВВЕДЕНИЕ И ПРИНЦИПЫ 1

1.1 Введение и задачи технического совещания 1

*Задачи* 2

*Ожидаемые результаты* 2

1.2 Измерение всеобщего доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью 3

1.3 Предшествующие разработки по индикаторам в области сексуального и репродуктивного здоровья 4

1.4 «Всеобщий доступ к сексуальному и репродуктивному здоровью» в контексте Целей развития Тысячелетия и его прикладное значение для национальных программ 5

1.5 Исходы сексуального и репродуктивного здоровья и медицинская помощь в контексте МКНР 6

*Оценка исходов в отношении сексуального и репродуктивного здоровья* 7

*Роль медицинской помощи и социальных факторов* 8

1.6 Заключение и рекомендации 9

2. СИСТЕМА МОНИТОРИНГА ДОСТИЖЕНИЯ ВСЕОБЩЕГО ДОСТУПА К СЕКСУАЛЬНОМУ И РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ 13

2.1 Рекомендуемые индикаторы 15

2.2 Обсуждение и рекомендации 27

*Принципы* 27

*Ограничивающие факторы* 27

*Пути решения* 28

3. ВОЗМОЖНЫЕ ИНДИКАТОРЫ, ОТРАЖАЮЩИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ СЕКСУАЛЬНЫМ И РЕПРОДУКТИВНЫМ ЗДОРОВЬЕМ И ВИЧ/СПИД 31

3.1 Введение и актуальность 31

3.2 Потенциальные индикаторы 32

3.3 Обсуждение и рекомендации 32

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА 34

Приложение 1. Применение индикаторов глобального уровня на местах – примеры исследований 35

Приложение 2. Предоставление услуг в сфере репродуктивного здоровья в развивающихся странах: содействующие факторы и трудности – пример Конго 40

Приложение 3. Предполагаемые индикаторы взаимосвязей между сексуальным и репродуктивным здоровьем и вич-инфекцией на уровне предоставления медицинских услуг 42

Приложение 4. Терминология 45

Приложение 5. Повестка дня 46

Приложение 6. Список участников 48

# Список сокращений

| | |
|---|---|
| МКНР | Международная конференция по народонаселению и развитию |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |
| ЦРТ | Цели развития тысячелетия |
| ПАОЗ | Панамериканская организация здравоохранения |
| ЮНФПА | Фонд развития народонаселения ООН |
| НГО | негосударственные организации |
| ИППП | инфекции, передаваемые половым путем |
| ИРТ | инфекции репродуктивного тракта |
| ПМП | (учреждения/пункты) первичной медицинской помощи |
| ППМР | профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку |
| УВЖ | увечье женских гениталий |
| ИСЗ | информационные системы здравоохранения |
| МДИ | медико-демографические исследования |
| МЭГ | межведомственная экспертная группа |
| РС | рождаемость и смертность (данные регистрации) |
| МСМ | мужчины, практикующие секс с мужчинами |
| КСР | коммерческие секс-работники |
| КНИП | коммуникация, направленная на изменение поведения (BCC – behavioural change communication) |

# Выражение признательности

Мы выражаем признательность Лали Сэй и Майку Мбивзо, сотрудникам отдела репродуктивного здоровья и научных исследований Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), а также, Стана Бернштейна и Хедию Бедадж, сотрудников Фонда ООН по народонаселению (ЮНФПА), которые координировали работу технического совещания и процесс подготовки данного отчета. Также, мы благодарим Аффетт МакКау-Биннс, составившую первый проект данного отчета. ВОЗ благодарит всех экспертов, имена которых перечислены в Приложении 6, которые работали над данным отчетом, и Поля Ван Лука за его подробную редакцию и комментарии к данному отчету. Дизайн и оформление отчета подготовлены Джанет Петитпьер.

# 1. Мониторинг достижения всеобщего доступа к репродуктивному здоровью: введение и принципы



## 1.1 Введение и задачи технического совещания

В ходе международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР), состоявшейся в 1994 году, было определено, что «всеобщий доступ к репродуктивному здоровью» является одной из целей развития. Эта цель определила важные задачи для систем здравоохранения многих стран.[1] В 2004 году на Всемирной ассамблее здравоохранения было возобновлено соглашение о приверженности международного сообщества по вопросам улучшения репродуктивного здоровья (резолюция WHA57.12), и была утверждена Всемирная стратегия по репродуктивному здоровью. Целью этой резолюции явилось ускорение прогресса в достижении целей международного развития, включая обеспечение всеобщего доступа к средствам поддержания репродуктивного здоровья.[2]

В данной резолюции государства-члены ВОЗ были призваны в срочном порядке «*считать репродуктивное и сексуальное здоровье неотъемлемой частью национального планирования и финансирования*», а также «*повысить потенциал систем здравоохранения с участием сообществ и негосударственных структур для достижения всеобщего доступа к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, уделяя особое внимание здоровью беременных женщин, рожениц и новорожденных, во всех странах*». В этой связи на Всемирной ассамблее здравоохранения в 2005 году была принята резолюция WHA58.31, в которой государства-члены ВОЗ были призваны «*ускорить национальные действия в отношении всеобщего доступа и увеличения охвата услуг и медицинской помощи через службы репродуктивного здоровья для беременных женщин, рожениц и новорожденных*», а также «*установить механизмы мониторинга для измерения прогресса в достижении согласованных целей, в особенности, целей обеспечения всеобщего доступа к репродуктивному здоровью к 2015 году*».



Полный вариант концепции МКНР по репродуктивному здоровью не был включен в проект «Цели развития тысячелетия» (ЦРТ). В 2005 году на Всемирном саммите было особо подчеркнуто, что сексуальное и репродуктивное здоровье играет важную роль в достижении ЦРТ, относящихся к гендерному равенству и здоровью. Поэтому было рекомендовано интегрировать «достижение всеобщего доступа к репродуктивному здоровью» в механизмы мониторинга ЦРТ. В соответствии с этим, в отчете Генерального секретаря ООН, одобренного Генеральной ассамблеей ООН 2006 года, было рекомендовано включить цель по «достижению всеобщего доступа к репродуктивному здоровью» в 5-й раздел ЦРТ (касающийся медицинской поддержки женщин во время беременности и при родах).[3]

Процесс разработки индикаторов для всемирного мониторинга прогресса в достижении новых подходов к цели улучшения сексуального и репродуктивного здоровья был начат в рамках мониторинга ЦРТ. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), представленная отделом сексуального и репродуктивного здоровья и научных исследований (RHR), и Фонд народонаселения ООН (ЮНФПА), приняли участие в межведомственных обсуждениях по данному вопросу. Этот процесс включал в себя выбор ограниченного количества индикаторов, соответствующих определенным критериям.[a]

Однако только этого процесса оказалось не достаточно для мониторинга обеспечения всеобщего доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью, необходимого для принятия решений на национальном и субнациональном уровнях. При проведении мониторинга комплексных национальных программ сексуального и репродуктивного здоровья при необходимости может быть разработан расширенный набор индикаторов для измерения всеобщего доступа, с учетом страновых особенностей.

При разработке такого комплекса индикаторов необходимо было сначала внести четкое определение для концепции «всеобщего доступа к репродуктивному здоровью» и его детерминант – не только для измерения масштабов достижения всеобщего доступа, но и для планирования и выполнения необходимых вмешательств для его осуществления. Поэтому важно было сначала согласовать рабочее определение «всеобщего доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью», после чего, основываясь на этом определении – разработать комплекс индикаторов для мониторинга его прогресса.

Техническое совещание было проведено в Женеве (Швейцария), с 13 по 15 марта 2007 года. Это совещание было организовано совместно ВОЗ/RHR и ЮНФПА для рассмотрения вопросов мониторинга прогресса в достижении всеобщего доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью на национальном уровне.

В ходе совещания были использованы предыдущие наработки, данные новых научных исследований в области сексуального и репродуктивного здоровья и концепция «всеобщего доступа». Были поставлены задачи: разработать четкую специфическую систему, набор индикаторов для мониторинга прогресса в отношении цели достижения всеобщего доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью на национальном уровне. В данной главе освещены основные вопросы, которые были рассмотрены на техническом совещании, и предложенные на нем рекомендации.

В следующих главах приведен отчет о разработанных рекомендациях и результатах совещания, включая:

- рекомендованную систему индикаторов по пяти приоритетным аспектам сексуального и репродуктивного здоровья; и
- возможные индикаторы, отражающие программные взаимосвязи между службами сексуального и репродуктивного здоровья и службами профилактики, лечения и ухода при ВИЧ-инфекции.

## *Задачи*

Перед совещанием были поставлены следующие задачи:

- детальная разработка концепции сексуального и репродуктивного здоровья и медицинской помощи;
- детальная разработка концепции доступа, всеобщего доступа и равного доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью;
- детальная разработка социальных и контекстуальных детерминант сексуального и репродуктивного здоровья;
- разработка рекомендаций по комплексу индикаторов в рамках концепции для измерения всеобщего доступа на национальном уровне;
- обсуждение возможных индикаторы для мониторинга взаимосвязей между услугами в области сексуального/репродуктивного здоровья и услугами по профилактике, лечению и помощи при ВИЧ инфекции; и
- изучение целесообразности создания технической референсной группы по разработке индикаторов в области сексуального и репродуктивного здоровья.

## *Ожидаемые результаты*

Ожидаемые результаты технического совещания включали:

- разработанную концепцию для комплекса индикаторов мониторинга всеобщего доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью;

[a] Для того, чтобы квалифицировать индикатор как индикатор ЦРТ, он должен иметь отношение к достижению соответствующей цели; т.е. должна быть определена методология его измерения; для обобщения региональных характеристик и временных тенденций, необходимо иметь данные из большого числа стран. Ответственность за составление, оценку и публикацию данных должно принять на себя одно из агенств ООН.

- разработанные рекомендации для применения данной концепции при проведении национальных программ;
- разработанные рекомендации относительно предполагаемых индикаторов для измерения показателей доступа через выявление взаимосвязей между медицинской помощью в сфере сексуального и репродуктивного здоровья и программ профилактики, лечения и ухода при ВИЧ инфекции.

## 1.2 Измерение всеобщего доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью

По ряду причин, при измерении всеобщего доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью, и мониторинга увеличения охвата населения, возникают проблемы как в процессе измерения, так и в ходе его интерпретации (см. Схему 1). Первостепенной проблемой является то, что «репродуктивное здоровье» – достаточно объемное и комплексное понятие. МКНР трактует его следующим образом:

> *Состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или нарушений здоровья, во всех аспектах, относящихся к репродуктивной системе, ее функций и процессов.*[1]

В это понятие входит ряд аспектов, в том числе планирование семьи, здоровье женщины во время беременности и родов, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП, в том числе ВИЧ/СПИД), небезопасные аборты, и сексуальное здоровье), а также, взаимосвязи между этими тематическими разделами. МКНР уделяет особое внимание вопросам прав и потребностей, как отдельных лиц, так и обездоленных групп населения, в более широком контексте обеспечения доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью.

Вторая проблема состоит в том, что «здоровье» (в данном контексте – сексуальное и репродуктивное здоровье) находится под влиянием ряда факторов, включая поведение, направленное на сохранение здоровья, характер протекания беременности, заболевания, перенесенные в раннем детском возрасте, социальное положение, наличие средств к существованию, условия проживания, образование, уровень медицинского обслуживания, питание и наличие или отсутствие стресса.[4] Для мониторинга степени обеспечения здоровья требуется не только измерение результатов состояния здоровья, но и исследование детерминант здоровья в процессе информированной разработки соответствующих программах.

На основе определения, данного МКНР в предыдущем документе ВОЗ были выделены три тематических раздела репродуктивного здоровья для операционных целей:

- условия жизни (в том числе, качество медицинского обслуживания, и, связанное ним, благосостояние);
- подходы (руководящие принципы, законодательство, взаимосвязи);
- услуги здравоохранения (обеспечение услуг, доступ к ним, и их использование в контексте первичной медицинской помощи).[5]

Такое деление может быть полезным при картировании мер по осуществлению всеобщего доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью. Второй тематический раздел должен, однако, быть расширен с учетом ряда социальных факторов или детерминант[b,6], влияющих на показатели состояния здоровья[7]. Некоторые из них отражены в материалах МКНР по репродуктивному здоровью (например, соблюдение прав человека, уязвимые группы населения, образование, неравенства). Третий тематический раздел включает медицинскую помощь, необходимую для улучшения сексуального и репродуктивного здоровья.

Из-за того, что улучшение состояния здоровья является прямым результатом действия эффективной медицинской помощи, индикаторы медицинской помощи широко используются для мониторинга осуществления цели «всеобщего доступа» МКНР, которую иногда интерпретируют как отражающую доступ к «медицинской помощи», а доступа к «здоровью».[8] Измерение результатов сексуального и репродуктивного здоровья (например, коэфициент материнской смертности) в развивающихся странах может оказаться трудноосуществимым. Поэтому в качестве косвенных критериев состояния здоровья обычно используют показатели медицинской помощи, например, доступность различных видов медицинских услуг.

Третья проблема – это трудности в формулировке и измерении «доступа к медицинской помощи», так как это комплексное понятие. Термин «доступ» относится не только к физическому доступу или стоимости (стоимости оборудования, тестов, лекарств и человеческих ресурсов), которую вынужден оплачивать потребитель медицинских услуг.[9] Понятие «доступ» обычно включает в себя

---

[b] В обзоре литературы о социальных детерминантах состояния здоровья в качестве детерминант здоровья использованы следующие показатели: социальное положение, стресс, необходимость работать с ранней молодости, социальная изоляция, безработица, социальная поддержка, зависимость, пища, транспорт.

всеобъемлющую концепцию, в том числе, доступность услуг, информацию о них и их качество.[10]

Согласно данным анализа, проведенного в Соединенных Штатах, понятие «доступ» часто соотносят с индивидуальным страховым статусом.[11] В других контекстах «доступ» применяется в более широком смысле, как «возможность предоставления гарантии определенного набора услуг установленного качества, с установленным максимальным пределом неудобств и стоимости для пациента, и при наличии определенного объема информации».[10]

В идеале, при измерении «доступа» должны учитываются все эти множественные компоненты. Несмотря на то, что всех их можно измерить по отдельности, комплексная концепция, включающая все компоненты, редко встречается на практике. Соответственно, для оценки «доступа» обычно измеряют использование медицинских услуг. В дополнение к характеристикам со стороны «предложения», описанным выше, на использование услуг также влияют факторы «спроса» (например, потребность в услугах, восприятие и доверие к тем или иным методам лечения, формальные медицинские услуги). Поэтому важно различать факторы «спроса» и «предложения» в случаях, когда «использование» применяется в качестве прокси-измерения «доступа» к медицинской помощи.

Наконец, несмотря на то, что понятие «всеобщий доступ» является целью многих систем оказания медицинской помощи, иногда ему сложно дать определение. В широком смысле всеобщий доступ подразумевает способность лиц, нуждающихся в медицинской помощи, ее получить. Это определение подразумевает, например, способность каждого пациента с выявленной инфекцией, передающейся половым путем (ИППП), получить эффективное лечение, или лиц, желающих отложить беременность, получить эффективную контрацепцию. Поэтому на практике понятие «всеобщий доступ» означает «справедливый доступ» – то есть одинаковые возможности доступа к медицинской помощи у людей с одинаковыми потребностями.[9] Данное определение требует увеличения объема предоставляемых услуг с целью увеличить количество возможностей пользоваться ими тех, кто нуждается в них.

## 1.3 Предшествующие разработки по индикаторам в области сексуального и репродуктивного здоровья

Партнерами ВОЗ (в том числе ЮНФПА) была проведена значительная работа по выявлению индикаторов сексуального и репродуктивного здоровья. В 1998 году ЮНФПА опубликовал перечень индикаторов для населения и для программ обеспечения репродуктивного здоровья.[12] В 1999 и 2001 годах в ходе двух межведомственных совещаний был составлен перечень индикаторов для глобального мониторинга, основанного на рекомендациях, разработанных в ходе последующей работы МКНР на протяжении 5 лет (МКНР+5). Недавно выпущен документ ВОЗ, в котором представлены инструкции по сбору данных, анализу и интерпретации этих индикаторов.[13]

**Схема 1. Трудности измерения: всеобщий доступ к системе поддержания сексуального и репродуктивного здоровья**

- В результате ключевых достижений во всемирном масштабе, например, МКНР в 1994 г., центр внимания программ по народонаселению и развитию сместился от вопросов популяционного контроля к вопросам удовлетворения всех аспектов репродуктивного здоровья отдельных людей. Этот подход получил отражение в цели «достижения всеобщего доступа к репродуктивному здоровью». Хотя вначале цель обеспечения всеобщего доступа не была включена Цели развития тысячелетия (ЦРТ), в 2006 г. ее включили в состав задач ЦРТ, что обусловило необходимость разработать индикаторы контроля происходящих изменений.
- Чтобы адекватно оценивать процесс достижения всеобщего доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью, необходимо осознавать многомерность концепции репродуктивного здоровья. Для контроля процесса планирования эффективных вмешательств и для документального отражения роли в них системы здравоохранения в состав оцениваемых показателей необходимо включить показатели исходов, а также важные детерминанты.
- Измерение показателей доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью требует оценки и введения в действие критериев доступа к медицинской помощи. При этом подходе необходимо измерять физическую доступность, финансовые ресурсы, ограничения, а также описывать качество – которое влияет на степень пользования услугами. Поэтому всеобщий доступ оказывается одной из производных потребности, включая ее как клинические, так и социальные аспекты.

Эти 17 индикаторов адресованы главным аспектам сексуального и репродуктивного здоровья. В документе приводится перечень, из которого должны быть выбраны индикаторы. Эти индикаторы, однако, не предназначены для измерения «доступа», и также они не предоставляют структуру для систематической оценки всех аспектов сексуального и репродуктивного здоровья. Данная работа основана на уже имеющихся индикаторах, и способствует развитию этой структуры.

На двух других совещаниях обсуждалось измерение показателей всеобщего доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью на глобальном уровне. В 2003 году на совещании ЮНФПА/ВОЗ по выявлению глобальных индикаторов были рекомендованы четыре индикатора, три из которых уже находятся в рамках ЦРТ.[8] В 2005 году ВОЗ организовала еще одно техническое совещание для проверки раннее сделанных предложений.

В 2005 году на совещании был рекомендован комплекс индикаторов репродуктивного здоровья для всемирного мониторинга репродуктивного здоровья в контексте ЦРТ.[14] Эти рекомендации были представлены к рассмотрению на межведомственной экспертной группе (МЭГ) по показателям ЦРТ[c] для включения в рамки мониторинга ЦРТ (см. раздел 1.4 относительно показателей репродуктивного здоровья в рамках ЦРТ).

В двух недавно выпущенных ключевых документах («Схема внедрения Глобальной стратегии ВОЗ по репродуктивному здоровью»[15] и «План действий Мапуто Африканского союза»)[16] представлен ряд индикаторов стратегии и мониторинга программ. Тем не менее, в отношении вопросов количественной оценки и установления приоритетов необходимо дополнительное руководство.

Наконец, Департаментом обеспечения и исследований в области репродуктивного здоровья ВОЗ и специальным докладчиком Комиссии по правам человека ООН была проведена совместная работа по вопросу о праве каждого человека получать помощь для поддержания максимально возможного уровня физического и умственного здоровья («право на здоровье»).[17] В окончательном отчете утвержден подход к рассмотрению индикаторов состояния здоровья, основанный на правах человека. Этот подход применяется в глобальной стратегии ВОЗ по репродуктивному здоровью. В проект, предложенный в данном отчете, включены индикаторы основных аспектов репродуктивного здоровья, соответствующие определению Глобальной стратегии.

[c] Комплекс индикаторов, разработанных МЭГ для проекта ЦРТ – это технический документ, принадлежащий системе ООН, с помощью которого производится наблюдение за внедрением индикаторов ЦРТ с точки зрения их распространения, технических аспектов и усовершенствования данных.

На основе данных результатов выявлены полезная информация и инструменты для мониторинга достижения различных аспектов сексуального и репродуктивного здоровья и медицинской помощи разных видов. Например, окончательный список 17 глобальных индикаторов был изменен в соответствии с условиями, существующими в медучреждениях как развивающихся, так и промышленно развитых стран (см. Приложение 1).[18,19] Опыт, полученный в ходе данного процесса, стал основой рекомендаций, данных на настоящем совещании.

В дополнение к этому, на совещании была признана необходимость сохранить во всем документе согласованную терминологию. В соответствии с современным подходом к сексуальному и репродуктивному здоровью на совещании также была выявлена необходимость определить потребности в сексуальном и репродуктивном здоровье пожилых женщин и мужчин, а также рекомендовано уделить особое внимание потребностям маргинальных групп.

Было отмечено, что посредством существующих инструментов нельзя измерить показатели пользования альтернативными системами здравоохранения, неофициальными медицинскими службами, частными медицинскими службами. Также необходимы стратегии взаимодействия с социальными детерминантами, находящимися вне полномочий сектора здравоохранения, но играющими важную роль в обеспечении эффективности медицинских вмешательств. На совещании была признана необходимость подхода, основанного на правах человека и учета гендера.

## 1.4 «Всеобщий доступ к репродуктивному здоровью» в контексте Целей развития Тысячелетия и его прикладное значение для национальных программ

История ЦРТ и всеобщего доступа к репродуктивному здоровью началась в июне 2000 года. В то время цель достижения всеобщего доступа к репродуктивному здоровью, наряду с другими требованиями по развитию, была включена в отчет Генерального Секретаря и глав агентств ООН «О целях развития». Однако, в Декларации Саммита тысячелетия, выпущенной в сентябре 2000 года, репродуктивное здоровье не упоминалось.[20]

В 2001 г. в документ, являющийся «дорожной картой» для видения Саммита Тысячелетия, был включен ряд целей, связанных с репродуктивным здоровьем (например, здоровье матерей, выживаемость детей, ВИЧ/СПИД), без ссылки на общую

концепцию репродуктивного здоровья.[d] В 2004 году «Проект Тысячелетия», разработанный ООН призвал включить всеобщий доступ к репродуктивному здоровью в качестве цели, достижение которой можно было бы измерить в рамках мониторинга ЦРТ. Позже был опубликован аналитический обзор о роли сексуального и репродуктивного здоровья в достижении ЦРТ.[21,22]

Политическая поддержка концепции всеобщего доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью возросла после выхода резолюции WHA58.31, призывающей к ускорению национальных мер достижения всеобщего доступа и осуществлению вмешательств здравоохранения по улучшению здоровья матери и ребенка через службы репродуктивного здоровья.[23] Последующие события, (например, Всемирный Саммит 2005 г., Континентальная Программа Африканского Союза по сексуальному и репродуктивному здоровью и правам 2006 г.) обозначили важность ЦРТ, особенно в связи вопросами сексуального и репродуктивного здоровья.

Отчет Генерального секретаря о результатах работы Генеральной ассамблеи ООН в 2006 году в официальном порядке рекомендовал четыре новых цели для включения в список ЦРТ, включая обеспечение всеобщего доступа к репродуктивному здоровью. Для реализации поставленных задач требование об определении соответствующих индикаторов было направлено в МЭГ.[3] Экспертная группа разработала основной набор индикаторов для осуществления этой новой цели – обеспечения всеобщего доступа к репродуктивному здоровью, который включал *уровень распространенности использования контрацептивов, неудовлетворенных потребности в планировании семьи, частоту родов среди девушек-подростков возраста и посещаемость учреждений дородовой помощи.*

Для приложения на национальном уровне система формальных индикаторов ЦРТ глобального уровня не исчерпывается набором услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья или детерминант (как внутри, так и вне систем здравоохранения). Необходимо создание программных руководств, позволяющих установить приоритеты и проконтролировать процесс улучшения работы систем здравоохранения (включая интеграцию служб) и доступ к отдельным группам населения (работа аутрич). Для отчетов на национальном уровне и планов национального развития следует выбрать и адаптировать определенные индикаторы из основной группы приоритетных мер по обеспечению репродуктивного здоровья.

[d] Организация объединенных наций. 2001. *Дорожная карта для осуществления Декларации тысячелетия ООН*: *отчет Генерального секретаря* (A/56/326, 6 сентября 2001 года).

Одной из новых проблем достижения всеобщего доступа на страновом уровне является неустойчивость финансовой поддержки (например, финансирование «из общей корзины», установление национальных приоритетов) – как в национальных секторах здравоохранения, так и в процессах реформирования, осуществляемых ООН. Для выполнения как вертикальных программы здравоохранения и проектов, разрабатывающих «дорожную карту» (например, в отношении здоровья беременных и рожениц, а также, выживания детей) также требуется четкое руководство, включающее основной набор индикаторов для измерения социальных предпосылок, параметров системы здравоохранения и результатов на выходе, которые можно было бы включить в программы на национальном уровне.

Процессы определения методов достижения и другие процедуры, связанные с ЦРТ были разработаны до принятия цели улучшения репродуктивного здоровья (см. Приложение 2, *Пример Конго*). Соответственно, системы мониторинга и оценки стали первичным механизмом для обеспечения внимания к результатам программ репродуктивного здоровья. Следовательно, необходимо предоставить инструменты для осуществления этой новой цели.

Эти рекомендованные индикаторы можно применять для мониторинга преодоления препятствий, совершенствования систем здравоохранения и формирования позитивного реагирования на потребности и риски в области сексуального и репродуктивного здоровья. Процессы распространения, тестирования и использования комплекса основных индикаторов смогут повлиять на включение вопросов сексуального и репродуктивного здоровья в повестку дня при обсуждении национальной политики, формирование стратегий и планов, в том числе, по борьбе с бедностью.

## 1.5 Исходы сексуального и репродуктивного здоровья и медицинская помощь в контексте МКНР

На МКНР репродуктивное здоровье было признано одним из основополагающих прав как семейных пар, так и отдельных людей. Было подчеркнуто, что каждый человек имеет право свободного выбора – сколько и когда иметь детей, определять интервалы между их рождением, а также, иметь информацию и средства для осуществления этого права. Каждый человек имеет право на поддержание самых высоких стандартов репродуктивного здоровья и право принимать решения, касающиеся его репродуктивной сферы, свободные от дискриминации, принуждения и насилия.

Эти права распространяются в равной степени на представителей обоих полов. Особое внимание уделяется индивидуальным потребностям членов общества, включая подростков и обездоленных групп населения (например, нищих, бездомных или жителей сельской местности). Было уделено особое внимание потребностям мужчин и юношей, а также, пожилых мужчин и женщин.

На основе этих основополагающих принципов страны приняли на себя обязательства предоставить средства (через службы первичной медицинской помощи) для обеспечения «репродуктивного благополучия» своих жителей, в соответствии с этой главной целью МКНР – обеспечения всеобщего доступа к репродуктивному здоровью (см. Схему 2).

В Программе действий МКНР медицинская помощь в сфере репродуктивного здоровья описана как «сочетание методов, техник и услуг, вносящих вклад в обеспечение репродуктивного здоровья и благополучия путем профилактики и решения проблем, связанных с репродуктивным здоровьем». Данное описание также включает в себя сексуальное здоровье, поддержание которого благоприятно влияет на качество жизни и личных взаимоотношений, а не только консультирование и помощь, связанные с репродуктивной функцией и инфекциями, передаваемыми половым путем.

Согласно программе действий МКНР, услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья должны быть доступны на этапе первичной медицинской помощи. Схему предоставления услуг нужно разрабатывать с учетом потребностей женщин, однако, услуги также должны быть доступны мужчинам, в том числе подросткам (при необходимости – направления в другие службы или к узким специалистам). Эти услуги должны включать:

- консультации по **планированию семьи,** информацию, обучение, коммуникацию, медицинское обслуживание;
- обучение и услуги по **оказанию дородовой помощи, проведение безопасных родов и помощь в послеродовом периоде**, в особенности, обучение по вскармливанию, а также, **охрану здоровья новорожденных и рожениц.**
- профилактику и лечение **бесплодия**;
- профилактику небезопасных **абортов** и устранение их последствий;
- лечение инфекций репродуктивного тракта, **инфекций, передаваемых половым путем**, и других заболеваний **репродуктивной сферы**;
- информацию, обучение и консультирование, при необходимости – **по вопросам сексуальной жизни**, а также, репродуктивного здоровья и ответственной родительской заботы о детях;
- активную пропаганду против **вредных для здоровья традиционных практик**, например, увечья женских гениталий (УВЖ).

**Схема 2. Цель МКНР – обеспечение всеобщего доступа**

*Все страны должны приложить усилия к обеспечению доступа для улучшения репродуктивного здоровья (через службы первичной медицинской помощи) для всех людей, достигших репродуктивного возраста. Это нужно сделать как можно скорее, не позднее 2015 года.*

Программа действий МКНР, параграф 7.6

## *Оценка исходов в отношении сексуального и репродуктивного здоровья*

Так как отрицательные последствия измерить относительно легко, их используют для приблизительной оценки сексуального и репродуктивного здоровья и степени достижения репродуктивного благополучия (через вышеуказанные услуги здравоохранения), как определено в МКНР. Например, для оценки **достижений в осуществлении намерений по рождаемости** мы учитывали случаи нежелательной беременности, бесплодия и осложнений после абортов; для измерения **безопасности родов –** материнскую смертность и заболевания, вызванные причинами акушерского характера (фистулы, анемии); для оценки **здоровья новорожденных и адекватности грудного вскармливания** – смертность новорожденных, детскую смертность в перинатальном периоде, количество новорожденных с низким весом; для измерения **безопасности секса –** количество случаев незащищенного секса и инфекций, передаваемых половым путем; для оценки **репродуктивного благополучия** – случаи заболеваемости раком репродуктивных органов; для оценки критериев **сексуального удовлетворения –** количество случаев сексуальной неудовлетворенности и УВЖ.

Из 17 индикаторов репродуктивного здоровья, принятых для мониторинга на всемирном уровне, 10 относятся к критериям исходов.[13] В таблице 1 представлены критерии исходов сексуального и репродуктивного здоровья. Очевидно, что критерии исходов в отношении некоторых разделов сексуального и репродуктивного здоровья и соответствующие видов услуг (как, например, планирование семьи, здоровье беременных и рожениц) разработаны более подробно, чем другие (ИППП, сексуальное здоровье).

### *Роль медицинской помощи и социальных факторов*

Для профилактики и лечения состояний, приведенных в Таблице 1, необходимы эффективные медицинские вмешательства. Соответственно, целью государственных программ, направленных на улучшение репродуктивного здоровья населения является «всеобщий доступ к медицинской помощи в репродуктивной сфере», или, более конкретно, «равный доступ к медицинской помощи в репродуктивной сфере».

Доступ к медицинской помощи, рассматриваемый в данном разделе, трудно измерить т.к. понятие доступа включает в себя множество компонентов (например, физическое наличие медицинских учреждений/пунктов, стоимость, информация, качество). Поэтому оценка доступа представляет собой суммарное измерение его составных частей. На практике, путем измерения масштабов достижения всеобщего доступа (или «равного доступа») является выявление и интерпретация различий в использовании эффективных вмешательств. Лишь при попытке тщательного сопоставления причин этих различий в использовании возможны следующие действия:

- определить, заслуживают ли внимания данные различия (если различия обусловлены клиническими потребностями и отражают полноценный информированный выбор пациента, то они могут быть незначимыми);
- составить необходимый план действий для устранения этих различий (например, не имеет смысла открывать новые клиники, если истинная причина недостаточного использования медицинской помощи связана с негативным отношением сотрудников клиники к некоторым группам населения).

При объяснении этих различий можно использовать простой экономический метод сопоставления спроса и предложения, позволяющий определить – получают ли пациенты необходимую помощь. Если будет установлено влияние соотношений спроса и предложения на использование медицинской помощи, станет легче выявить причины различий в доступе к медицинским услугам.

С точки зрения «предложения» (обеспечения услугами), различия в доступе могут наблюдаться вследствие исключения некоторых групп населения из-за как прямой, так и косвенной составляющих стоимости, различий в качестве предоставляемой помощи, недостатка информации и различных контролирующих мер, со стороны медиков, ограничивающих доступ. Однако, «предложение» не позволяет в полной мере объяснить все вариации доступа к медицинской помощи.

**Таблица 1. Индикаторы исходов сексуального и репродуктивного здоровья в составе 17 индикаторов ВОЗ**

| Сфера сексуального и репродуктивного здоровья | Индикаторы исходов |
|---|---|
| Рождаемость/ планирование семьи | Общая рождаемость<br>Доля женщин репродуктивного возраста, практикующих незащищенный секс, беременность у которых не наступила в течение 2 или более лет |
| Здоровье женщины в период беременности, родов и в послеродовом периоде | Доля женщин репродуктивного возраста, у которых при проведении исследования уровня гемоглобина выявлена анемия<br>Уровень материнской смертности<br>Уровень перинатальной детской смертности<br>Доля рождения живых детей с низким весом |
| Поперечные срезы показателей здоровья женщин в период беременности и родов, а также ИППП (в том числе ВИЧ) | Распространенность сифилиса среди беременных (положительный результат серологического теста), посещающих службы дородовой помощи<br>Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин |
| ИППП у мужчин | Учетные данные о распространенности уретритов у мужчин |
| Вредоносные для сексуального здоровья вмешательства | Учетные данные о распространенности УВЖ |

Часто имеют значения факторы «спроса» на использование медицинской помощи, включая: вариации в потребностях на определенные виды услуг, меняющуюся оценку соотношения «пользы – риска» лечения, субъективные предположения о наличии услуг и их эффективности, интерпретацию медицинских рекомендаций, скрытую стоимость/цену предоставления услуг и наличие альтернативных вариантов получения помощи. В этом контексте потребности можно определить с учетом тяжести заболевания или возможности получения пользы от лечения. Потребности могут быть различными в зависимости от стадии заболевания, при которой они определялись.

Потребность в медицинской помощи может также не оказаться постоянной в разных группах населения. Даже приблизительные оценки потребностей могут различаться. Например, потребность в услугах, рассчитанная на основе данных о заболевании, полученных со слов пациентов, будет варьировать в зависимости от культуры или места проживания респондентов. Поэтому при планировании национальных программ необходимо уточнять, в каких группах населения существует потребность в помощи, и рассматривать определенные услуги, перечисленные выше в этом разделе.

Для объяснения практических данных необходимо понимание источников различий первостепенной значимости, противопоставляя их второстепенным. Иногда более частое использование услуг может быть признаком того, что их применяют неадекватно или без необходимости (например, высокие показатели частоты проведения кесарева сечения). Очень редкое использование услуг может свидетельствовать о наличии общественных/частных/семейных альтернатив. Другие вопросы касаются контроля различий в потребностях, множественных недостатков, «экологических заблуждений».[e] Следует с осторожностью сравнивать данные крупномасштабных исследований с доказательствами, полученными в малых группах. Также, необходимо учитывать, что взаимосвязи не всегда имеют причинный характер.

При изучении показателей доступности услуг сексуального и репродуктивного здоровья особенно важно учитывать факторы, находящиеся за пределами системы здравоохранения: поведенческие, социально-культурные, политические и экономические, которые значительно влияют на состояние здоровья населения и возможность получения необходимого медицинского обслуживания. Например, желание завести большую семью частично обусловлено потребностью в помощи в пожилом возрасте в условиях недостаточно развитых систем социальной защиты.

Действия законов и регулирующих положений могут как ограничивать, так и способствовать улучшению сексуального и репродуктивного здоровья населения. Система ограничений может служить препятствием для сексуального образования молодежи, свободного и информированного выбора в вопросах регулирования рождаемости и способствовать снижению общественного финансирования программ планирования семьи и до- и после-родовой помощи. Благоприятная же обстановка способствует обеспечению адекватного отпуска по уходу за ребенком как матери, так и отца, распространению информации об имеющихся услугах в области сексуального и репродуктивного здоровья и признанию полномочий женщин самостоятельно принимать решения о собственной фертильности. Эти факторы следует учитывать при оценке различий в использовании медицинских услуг и при попытках обеспечить равный доступ к медицинской помощи в репродуктивной сфере.

## 1.6 Заключение и рекомендации

- Основная цель МКНР касается обеспечения «доступа к здоровью», и, таким образом, эта цель не ограничивается только доступом к медицинской помощи. Программа действий МКНР предполагает достижение этой цели через систему первичной медицинской помощи; при этом учитывается влияние более широкого контекста, воздействующего на поведение, направленное на улучшение здоровье и способствующее более широкому использованию медицинских услуг. Поэтому индикаторы медицинской помощи составляют главный компонент, определяющий масштабы достижения цели МКНР. Однако, важные социальные факторы также подлежат мониторингу.
- Концепция «всеобщего доступа» должна отражать равенство (одинаковый доступ при одинаковых потребностях) и возможности выявления различных уровней потребности у индивидуумов – в разные сроки для каждого человека. Понятию «равенства» трудно дать простое определение, а также – измерить его. Приблизительными показателями могут служить относительные различия в доступе и использовании ресурсов на «единицу потребности».
- Необходимо учитывать экономические и географические несоответствия, ограничивающие пользу медицинской помощи в области сексуального и репродуктивного здоровья. Необходимо обеспечить равномерное распре-

[e] Экологическими заблуждениями называют неправильные предположения относительно отдельных людей, проведенные на основании обобщенных данных для какой-либо группы.

деление финансовых и человеческих ресурсов, причем услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья должны входить в основной набор медицинских услуг.

- Некоторые проблемы сексуального и репродуктивного здоровья являются исправляемыми посредством медицинских вмешательств (например, материнская заболеваемость и смертность), а другие (например, УВЖ и сексуальное насилие) – в меньшей степени. На последнюю группу проблем в основном влияют социальные и культурные факторы, и то, как мы их измеряем и мониторируем – является критически-важным для разработки их надежных показателей.
- Набор индикаторов должен включать социальные детерминанты, процессуальные индикаторы, параметры доступа, использования, качества, а также показатели исходов.
- В то время как концепция всеобщего доступа подразумевает увеличение количества предоставляемых услуг, следует также приложить усилия для того, чтобы использование услуг было постоянным и устойчивым. Поэтому всеобщий доступ следует рассматривать в контексте наличия, ценовой доступности, адекватности, качества, приемлемости, непрерывности и устойчивости использования.
- При оценке услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, должны быть доступны такие вводные параметры как руководящие принципы, финансирование, трудовые ресурсы, конечные результаты мероприятий (как информация медицинского характера, наличие медицинских услуг и их качество) и такие исходы, как использование (демографическое и географическое) для проведения корреляции с такими параметрами исходов как благосостояние, заболеваемость, инвалидность и смертность.
- Процессуальные индикаторы, измеряющие качество работы процесса в соответствии с «цепью причинных связей» (т.е. промежуточные выходные индикаторы использования услуг и практик), оказываются более мощными прокси-индикаторами, чем таковые, использованные ранее в рамках интервенционных путей (т.е. вводные параметры и прямые индикаторы на выходе, характеризующие наличие, физическую доступность и качество оказания медицинской помощи), влияние которых на конечный результат зависит от действия других факторов.

# 2. Система мониторинга достижения всеобщего доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью



На основании обсуждений и рекомендаций, кратко представленных в предыдущей главе, консультанты пришли к соглашению о структурировании рамки мониторинга в соответствии с пятью приоритетными аспектами сексуального и репродуктивного здоровья, приведенными во Всемирной стратегии ВОЗ по репродуктивному здоровью.[a] Эта рамка мониторинга будет включать индикаторы исходов в отношении сексуального и репродуктивного здоровья, индикаторы доступа к медицинской помощи и ее использования (индикаторы процесса), а также, социальные и контекстуальные детерминанты.

Рабочие группы были сформированы в соответствии с приоритетными аспектами сексуального и репродуктивного здоровья. Эти группы разработали и предложили ряд основных индикаторов по каждому из комплексных разделов:

- планирование семьи;
- здоровье беременных, рожениц и новорожденных, включая искоренение небезопасных абортов;
- инфекции, передающиеся половым путем, включая ВИЧ-инфекцию, инфекции репродуктивного тракта (ИППП/ИРТ), и другие заболевания репродуктивной сферы, включая рак; и
- сексуальное здоровье, включая подростковую сексуальность и вредные для здоровья сексуальные практики.

Рабочие группы изучили существующую систему показателей, в особенности, список ВОЗ, состоящий из 17 индикаторов репродуктивного здоровья. Затем группы работали над заполнением пробелов в списке индикаторов исходов в определенных областях сексуального и репродуктивного здоровья, а также, в ключевых вмешательствах (как на уровне здравоохранения, так и на социальном/политическом уровнях) для достижения усовершенствованных показателей исходов.

---

[a] В Глобальной стратегии ВОЗ по репродуктивному здоровью описаны пять приоритетных аспектов сексуального и репродуктивного здоровья: улучшение дородовой помощи, помощи в родах, после родов и помощи новорожденным; предоставление высококачественных услуг по планированию семьи, включая услуги, связанные с бесплодием; ликвидация небезопасных абортов; борьба с инфекциями, передающимися половым путем, включая ВИЧ, инфекциями половых путей, рак шейки матки, другие гинекологические заболевания; укрепление сексуального здоровья.

На пленарной сессии были представлены и обсуждены группы индикаторов, разработанных каждой из рабочих групп. Показатели исходов, предложенные рабочими группами, презентации и дискуссии включены в Таблицы 2a–2d в Разделе 2.1. В этих START таблицах перечислены рекомендованные индикаторы по каждому из пяти ключевых аспектов сексуального и репродуктивного здоровья, структурированных во Всемирной стратегии ВОЗ по репродуктивному здоровью в рамках следующих четырех категорий:

- определяющие факторы: политика и социальные факторы;
- индикаторы доступности: наличие, информация/потребность, качество;
- индикаторы использования; и
- индикаторы на выходе/индикаторы воздействия.

Индикаторы были подразделены на **основные, дополнительные**, **расширенные** в соответствии с их относительной значимостью, возможности сбора данных, и их значения в контексте. **Основными** индикаторами являются те, по которым должны отчитываться все страны; **дополнительные** – индикаторы, по которым страны могут отчитываться на основании их специфических потребностей, контекстуальных характеристик и возможностей (например, при высокой степени охвата по основным индикаторам); **расширенные** индикаторы могут оказаться значимыми для стран, в которых превалируют те или иные проблемы (например, УВЖ).

Вероятно, что со временем эти классификации будут меняться, и степень значимости индикаторов будет различной в разных странах. В большинстве случаев, информация для сбора данных по основным индикаторам должна быть легкодоступна. Для того чтобы документально зафиксировать перемены по дополнительным и расширенным индикаторам, при сборе данных могут потребоваться специальные эпидемиологические исследования.

Консультанты также обратили внимание на те вопросы, в которых существовали пробелы для разработки индикаторов. В итоге, участники рабочего совещания выработали рекомендацию о проведении дальнейшей работы для восполнения этих пробелов (см. Таблицу 3).

## 2.1 Рекомендуемые индикаторы

**Таблица 2а. Индикаторы, измеряющие политику/руководящие принципы и социальные детерминанты**

| ДЕТЕРМИНАНТЫ: РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Сфера сексуального и репродуктивного здоровья** | **Индикатор** | **Тип измерения** | **Тип индикатора (основной, дополнительный[a], расширенный)** | **Источник данных** |
| Общие | Национальная политика/ руководящие принципы (или стратегия) в отношении сексуального и репродуктивного здоровья | Да/Нет | Основной | Обзор политики/руководящих принципов |
| | Бюджет, выделенный на расходные материалы по программам сексуального и епродуктивного здоровья в рамках национального бюджета или других источников, контролируемых государством | Да/Нет | Основной | Административные данные |
| Планирование семьи | Общий балл деятельности по планированию семьи[b] (множественные индикаторы) | Баллы | Дополнительный | Опрос (экспертов) |
| | Многолетний план поставок каждого продукта для работы в области планированию семьи | Да/Нет | Дополнительный | Обзор политики/руководящих принципов |
| | Обязательства заинтересованных сторон по плану поставок | Да/Нет | Дополнительный | Экспертная оценка |
| | Донорское финансирование планирования семьи | Да/Нет (количество в долларах США) | Дополнительный | Административные данные |
| | Государственное финансирование планирования семьи | Да/Нет (количество в долларах США) | Основной | Административные данные |

[a] Показатели, для которых требуются специальные методы сбора данных (например, опросы/эпидемиологические исследования) и/или относительно развитых информационных систем здравоохранения, относят не к «основным», а к «дополнительным», за исключением ключевых измерений.

[b] Этот показатель – балльный (от 0 до 120), он измеряет мощность национальной программы планирования семьи посредством оценки отчетов респондентов-экспертов из определенной страны по четырем направлениям (деятельность по разработке руководящих принципов и практических мероприятий, услуги и, связанные с услугами, виды деятельности, оценка и ведение документации, наличие и доступность услуг и расходных материалов по контролю рождаемости) (*Компендиум индикаторов для оценки программ по репродуктивному здоровью*. Серия руководств по оценке «*ИЗМЕРЕНИЕ*», No. 6, 2002).

| ДЕТЕРМИНАНТЫ: РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Сфера сексуального и репродуктивного здоровья** | **Индикатор** | **Тип измерения** | **Тип индикатора (основной, дополнительный[a], расширенный)** | **Источник данных** |
| Здоровье женщины в период беременности, родов и послеродовом периоде | Существуют информационные системы для определения группы населения, которая может добраться до соответствующих учреждений в течение часа (географическая информационная система – ГИС) | Да/Нет | Дополнительный | ИСЗ[d] |
| | Определен минимальный набор услуг дородовой помощи | Да/Нет | Основной | Административные данные |
| | Тестирование на анемию включено в базовый набор услуг дородовой помощи | Да/Нет | Основной | Административные данные |
| | Регистрируется интенсивный показатель УВЖ во время родов | Да/Нет/НП[c] | Расширенный | ИСЗ |
| | Регистрация новорожденных (включая информацию о весе при рождении) является обязательной | Оба/только регистрация новорожденных/ни один из перечисленных | Основной | Данные РС |
| ИППП/ИРТ/ заболевания репродуктивной сферы | Руководящие принципы для массовых обследований (скрининга) на рак шейки матки | Да/Нет | Основной | Обзор политики/руководящих принципов |
| | Руководящие принципы контроля ИППП | Да/Нет | Основной | Обзор политики/руководящих принципов |
| Сексуальное здоровье | Законом запрещена дискриминация по половым признакам, сексуальной ориентации, физической или умственной отсталости | Да/ нет | Основной | Обзор политики/руководящих принципов |
| | Законодательно запрещено вступление в брак ранее 18 лет (как для мужчин, так и для женщин) | Да/Нет | Расширенный | Обзор политики/руководящих принципов |
| | Закон требует полного и свободного согласия сторон на брак | Да/Нет | Основной | Обзор политики/руководящих принципов |

[c] НП = не применимо.

[d] ИСЗ = Информационные системы здравоохранения.

| ДЕТЕРМИНАНТЫ: РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Сфера сексуального и репродуктивного здоровья** | **Индикатор** | **Тип измерения** | **Тип индикатора (основной, дополнительный[a], расширенный)** | **Источник данных** |
| Сексуальное насилие | Законодательно запрещено сексуальное насилие | Да/Нет | Основной | Обзор политики/ руководящих принципов |
| | Законодательно запрещено изнасилование в браке | Да/Нет | Основной | Обзор политики/ руководящих принципов |
| | Стратегия/план по профилактике и борьбе с сексуальным насилием, включая изнасилование в браке | Да/Нет | Основной | Обзор политики/руководящих принципов |
| Вредоносные практики | Законодательно запрещены все формы УВЖ | Да/Нет/НП | Расширенный | Обзор политики/руководящих принципов |
| | Стратегия/план прекращения практик УВЖ (в соответствии с потребностями на местах, на основании данных местных исследований и культурных традиций) | Да/Нет | Расширенный | Обзор политики/руководящих принципов |
| | Наличие медицинских регуляторных норм, направленных против УВЖ | Да/Нет/НП | Расширенный | Обзор политики/руководящих принципов |
| Сексуальное здоровье подростков[e] | Обязательное сексуальное образование в школах | Да/Нет | Основной | Обзор политики/руководящих принципов |

[e] В данном изложении применимо определение ВОЗа для термина «подростки» (10–19 лет). Однако, в рядже случаев обычные источники данных в области сексуального и репродуктивного здоровья подростков позволяют собрать информацию только по возрастной группе 15–19 лет; включение возрастной группы 10–14 лет зависит от условий и решений на местах.

### Таблица 2б Индикаторы доступа

| Сфера сексуального и репродуктивного здоровья | Индикатор | Тип измерения | Тип индикатора | Источник данных |
|---|---|---|---|---|
| **ДОСТУП: НАЛИЧИЕ** | | | | |
| Планирование семьи | Число учреждений, оказывающих услуги по планированию семьи на 500 000 населения | Уровень | Основной | ИСЗ |
| | Население, проживающего в пределах двух часов пути до учреждений, оказывающих услуги по планированию семьи | Доля | Дополнительный | ИСЗ |
| | Учреждения первичной медицинской помощи, оказывающие услуги по планированию семьи | Доля | Основной | ИСЗ |
| | Число других источников[f] информации, услуг и расходных материалов для планирования семьи, на 500 000 населения | Уровень | Дополнительный | ИСЗ/опросы (в учреждениях) |
| Здоровье женщины в период беременности родов и в послеродовом периоде | Пять (5) учреждений неотложной акушерской помощи (НАП)[g] на 500 000 населения, среди которых хотя бы одно предоставляет полный комплекс акушерской помощи | Да/Нет | Основной | ИСЗ |
| | Население, проживающее в пределах часа пути до учреждения, оказывающего услуги НАП | Доля | Дополнительный | Опросы (среди населения) |
| | Население, проживающее в районах, где имеются службы на базе сообществ, которые направляют пациентов в другие учреждения для получения специализированной помощи, и где имеются транспортные системы | Доля | Дополнительный | Опросы (среди населения) |
| Искоренение небезопасных абортов | Число учреждений, располагающих услугами проведения безопасных абортов[h], на 500 000 населения | Уровень | Дополнительный | ИСЗ |
| | Медицинские работники, обученные технике проведения безопасных абортов[h] в полном соответствии с законодательством | Доля | Дополнительный | Опросы (в учреждениях) |
| | Населенный пункт, расположенный на расстоянии в пределах двух часов пути до учреждения, обеспечивающего безопасное проведение абортов[3] | Доля | Дополнительный | Опросы (среди населения) |

[f] К другим источникам относят предоставляемые (например) негосударственными организациями или аптеками.

[g] Подчеркнутые индикаторы относятся к группе 17 глобальных индикаторов репродуктивного здоровья.

[h] Этот показатель применим в контексте законодательных актов в отношении абортов.

| Сфера сексуального и репродуктивного здоровья | Индикатор | Тип измерения | Тип индикатора | Источник данных |
|---|---|---|---|---|
| ИППП/ИРТ | Учреждения первичного звена медицинской помощи, обеспечивающие комплексный синдромный менеджмент ИППП у пациентов с наличием соответствующих симптомов | Доля | Основной | ИСЗ |
| Сексуальное здоровье | Медицинские работники, обученные проведению консультирования в области сексуального здоровья | Доля | Дополнительный | Опросы (в учреждениях) |
| | Альтернативные механизмы[i] предоставления информации, услуг и ресурсов для обеспечения сексуального здоровья | Да/Нет | Дополнительный | Экспертная оценка |
| Сексуальное насилие | Учреждения, предоставляющие соответствующие медицинские услуги, а также, психологическую и юридическую поддержку женщинам и мужчинам, подвергшимся изнасилованию или перенесшим инцест | Доля | Основной | Опросы (в учреждениях) |
| | Медицинские работники, обученные выявлению признаков сексуального или физического насилия | Доля | Дополнительный | Опросы (в учреждениях) |
| | Сотрудники полиции, обученные по вопросам сексуального здоровья и сексуального насилия | Доля | Дополнительный | Опрос (специальный) |
| Вредоносные практики | Учреждения, оказывающие медицинские, психологические и другие услуги и направления в другие службы для женщин с УВЖ | Доля | Расширенный | Опросы (в учреждениях) |
| | Образовательные учреждения в области медицины, которые предоставляют тренинги по профилактике и лечению осложнений УВЖ | Количество | Расширенный | Опросы (в учреждениях) |
| Сексуальное здоровье подростков | Учреждения, предоставляющие услуги, дружественные молодежи[j] | Доля | Дополнительный | ИСЗ |
| | Медицинские работники обучены предоставлению услуг, оказанию помощи, адаптированной к потребностям пациентов молодого возраста | Доля | Дополнительный | Опросы (в учреждениях) |
| | Наличие альтернативных механизмов оказания услуг по обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья подростков (например, «равное» обучение, социальный маркетинг презервативов) | Да/Нет | Дополнительный | Экспертная оценка |

[i] Альтернативные механизмы поставки услуг – предоставляемые (например) негосударственными организациями, либо государственными учреждениями вне сектора здравоохранения (например, школами, работодателями).

[j] Определенных согласно стандартам ВОЗ.

| Сфера сексуального и репродуктивного здоровья | Индикатор | Тип измерения | Тип индикатора | Источник данных |
|---|---|---|---|---|
| **ДОСТУП: ИНФОРМАЦИЯ** | | | | |
| Здоровье женщины в период беременности, родов и в послеродовом периоде | Знание не менее трех факторов риска/симптомов осложнений, связанных с беременностью | Доля | Дополнительный | Опрос (в популяции) |
| | Знание о доступности услуг по профилактике/лечению осложнений беременности | Доля | Дополнительный | Опрос (в популяции) |
| Ликвидация небезопасных абортов | Население с корректными знаниями о законодательном статусе абортов | Доля | Дополнительный | Опрос (в популяции) |
| | Медицинские работники с корректными знаниями о законодательном статусе абортов | Доля | Дополнительный | Опрос (в учреждении) |
| ИППП/ИРТ и заболевания репродуктивной сферы<br>Сексуальное здоровье (молодежь) | Молодые мужчины и женщины (15–24 лет) ИЛИ группы «риска», правильно назвавшие способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и отрицающие основные ошибочные представления о передаче ВИЧ[k,l] | Доля (мужчины/женщины) | Основной | Опрос (в популяции) |
| **ДОСТУП: ПОТРЕБНОСТИ** | | | | |
| Планирование семьи | Женщины 15–49 лет, желающие отсрочить или исключить возможность беременности | Доля | Основной | Опрос (в популяции) |
| | Неудовлетворенные потребности в планировании семьи[m] | Доля | Основной | Опрос (в популяции) |
| **ДОСТУП: КАЧЕСТВО** | | | | |
| Планирование семьи | Подготовлены сервисные учреждения (с запасами ресурсов/расходных материалов и обученным персоналом) для обеспечения, как минимум, трех методов планирования семьи | Доля | Основной | ИСЗ |
| | Учреждения, выдающие необходимые ресурсы/расходные материалы по каждому методу в течение определенного периода времени | Доля | Дополнительный | Опрос (в учреждении) |
| | Практика (на местах) составления отчетов медицинскими работниками (по крайней мере, одного отчета), служит препятствием для оказания медицинской помощи[n] | Доля | Дополнительный | Опрос (в учреждении) |

[k] Два основных способа предотвращения передачи ВИЧ половым путем: а) использование презервативов и б) сексуальные отношения только одним верным, неинфицированным партнером. Три основных ошибочных представлений определяются на местном уровне; к ним относится представление, что внешне здоровый человек не может быть переносчиком ВИЧ.

[l] Целевые группы следует определять в соответствии со страновыми приоритетами и уровнем развития эпидемии (как генерализованной, так и концентрированной).

[m] Неудовлетворенные потребности в планировании семьи

[n] Медицинские препятствия, определенные на местах, могут включать, например, ограничение использования некоторых методов в соответствии с определенными характеристиками индивидуума, как паритет или возраст, что идет в разрез с научно-обоснованными рекомендациями

| Сфера сексуального и репродуктивного здоровья | Индикатор | Тип измерения | Тип индикатора | Источник данных |
|---|---|---|---|---|
| Искоренение небезопасных абортов | Сервисные пункты, проводящие индуцированные аборты методом вакуумной аспирации (в ситуациях, когда аборт не противоречит законодательству) | Да/Нет | Дополнительный | Опрос (в учреждении) |
| | Сервисные пункты, применяющие метод вакуумной аспирации для лечения осложненного аборта | Да/Нет | Дополнительный | Опрос (в учреждении) |
| ИППП/ИРТ | Наличие стандартов и протоколов оказания услуг по диагностике, лечению и консультирования по поводу ИППП/ИРТ | Да/Нет | Дополнительный | Опрос (в учреждении) |
| Сексуальное здоровье | Наличие стандартов и протоколов оказания услуг, пропагандирующих улучшение сексуального здоровья | Да/Нет | Дополнительный | Опрос (в учреждении) |

### Таблица 2c. Индикаторы использования услуг

| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСЛУГ | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Сфера сексуального и репродуктивного здоровья** | **Индикатор** | **Тип измерения** | **Тип индикатора** | **Источник данных** |
| Планирование семьи | Распространенность использования контрацепции | Уровень | Основной | Опрос |
| Здоровье женщины в период беременности, родов и в послеродовом периоде | Женщины, посетившие службы дородовой помощи[o] во время беременности не менее четырех раз | Доля | Основной | ИСЗ или Опрос (в популяции) |
| | Беременные женщины, обследованные на ВИЧ-инфекцию | Доля | Основной | ИСЗ или Опрос (в популяции) |
| | Беременные женщины, обследованные на сифилис | Доля | Основной | ИСЗ или Опрос (в популяции) |
| | Беременные женщины, обследованные на анемию | Доля | Основной | ИСЗ или Опрос (в популяции) |
| | Проведение вакцинации от столбняка во время беременности | Доля | Основной | ИСЗ или Опрос (в популяции) |
| | Присутствие квалифицированного медработника во время родов | Доля | Основной | ИСЗ или Опрос (в популяции) |
| | Количество родов в медицинских учреждениях | Доля | Дополнительный | ИСЗ или Опрос (в популяции) |
| | Доля кесарева сечения от общего числа родов живым плодом | Доля | Основной | ИСЗ или Опрос (в популяции) |
| | Женщины, получившие консультирование по планированию семьи в послеродовом/послеабортном периоде (процентное соотношение от общего числа осмотренных женщин) | Доля | Дополнительный | ИСЗ |
| | Женщины, проводящие грудное вскармливание через 3 месяца после родов | Доля | Дополнительный | Опрос (в популяции) |

[o] В перечне из 17 индикаторов репродуктивного здоровья «посещение служб дородовой помощи» определено как «посещение, по крайней мере, один раз». В этой мониторинговой рамке данный индикатор был пересмотрен и определен как «посещение, по крайней мере, четыре раза».

| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСЛУГ | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Сфера сексуального и репродуктивного здоровья** | **Индикатор** | **Тип измерения** | **Тип индикатора** | **Источник данных** |
| ИППП/ИРТ и заболевания репродуктивной системы | Использование презервативов при последнем сексуальном контакте с высоким риском | Доля | Основной | Опрос (в популяции) |
| | Использование презервативов при первом сексуальном контакте | Доля | Дополнительный | Опрос (в популяции) |
| | Беременные женщины с положительным результатом теста на сифилис, получающие стандартное лечение | Доля | Дополнительный | ИСЗ |
| | ВИЧ-инфицированные беременные женщины, получающие полный курс антиретровирусной терапии (АРТ) с целью профилактики передачи ВИЧ ребенку (ППМР) | Доля | Основной | ИСЗ |
| | Младенцы, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, получающие АРТ для профилактики передачи ВИЧ – при рождении | Доля | Основной | ИСЗ |
| | Женщины 20–50 лет, прошедшие скрининговое обследование на рак шейки матки в соответствии с национальными руководствами по профилактике рака шейки матки | Доля | Дополнительный | ИСЗ |
| | Женщины с пузырно-влагалищным свищем, которым проведено восстановительное хирургическое лечение | Доля | Расширенный | Опрос (специальный) |
| Сексуальное насилие | Количество новых случаев сексуального насилия, включая супружеские изнасилования, информация по которых была направлена в органы исполнения наказаний и/или здравоохранения, – за последние пять лет | Число | Дополнительный | Административные данные (полиция) |
| | Зарегистрированные случаи вышеуказанных происшествий, приведшие к судебному преследованию | Доля (от общего числа зарегистрированных случаев) | Дополнительный | Административные данные (полиция) |
| Сексуальное здоровье | Подростки, прошедшие комплексное обучение вопросам сексуального и репродуктивного здоровья в школе | Доля | Дополнительный | Опрос (в популяции) |

**Таблица 2d. Индикаторы исходов/воздействия**

| ИСХОД/ВОЗДЕЙСТВИЕ | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Сфера СРЗ** | **Индикатор** | **Тип измерения** | **Тип индикатора** | **Источник данных** |
| Общие | Государственный бюджет, выделенный на здравоохранение | Доля | Основной | Административные данные |
| | Государственный бюджет, выделенный на сексуальное и репродуктивное здоровье | Доля | Основной | Административные данные |
| Планирование семьи | Общая рождаемость | Уровень | Основной | Данные регистрации РС/Опросы (в популяции) |
| | Показатели частоты родов среди подростков (с указанием уровня фертильности для возрастной группы 15–19 лет) | Уровень | Основной | Данные регистрации РС/Опросы (в популяции) |
| | Число женщин и мужчин в возрасте 18–24 лет, ставших родителями до 18 лет | Доля (женщин/мужчин) | Дополнительный | Опросы (в популяции) |
| | Рождение детей с интервалом менее 24 месяцев в течение последних 3 или 5 лет | Доля | Дополнительный | Опросы (в популяции) |
| | Сексуально-активные женщины в возрасте 15–49 лет, не использующие контрацепцию и не кормящие грудью, беременность у которых не наступила в течение двух или более лет | Уровень | Дополнительный | Опросы (в популяции) |
| Здоровье женщин во время беременности и перинатального периода | Число женщин репродуктивного возраста (15–49 лет), у которых выявлена анемия при скрининге на уровень гемоглобина в крови | Доля | Основной | ИСЗ |
| | Коэффициент материнской смертности (материнская смертность на 100 000 живорождений) | Коэффициент | Основной | ИСЗ/Опросы (в популяции)/Данные регистрации РС |
| | Прямой показатель акушерской смертности[p] | Уровень | Дополнительный | Опросы (учреждение) |
| | Распространенность/интенсивный показатель акушерских свищей | Уровень | Расширенный | Опросы (специальные) |
| | Показатель перинатальной смертности (перинатальная смертность на 1000 живорождений) | Уровень | Основной | ИСЗ/Опросы (в популяции)/Данные регистрации РС |
| | Коэффициент мертворождения (1 мертворождение на 1000 живорождений) | Уровень | Основной | ИСЗ/Опросы (в популяции)/Данные регистрации РС |
| | Показатель смертности среди новорожденных (смерти среди новорожденных на 1000 живорождений) | Уровень | Основной | ИСЗ/Опросы (в популяции)/Данные регистрации РС |
| | Живорождения с низким весом (менее 2500 г) | Уровень | Основной | ИСЗ/Опросы (в популяции)/Данные регистрации РС |
| | Интенсивный показатель случаев столбняка у новорожденных | Уровень | Основной | ИСЗ/Административные данные |

[p] Число женщин, умерших вследствие прямых акушерских осложнений в определенный период времени, среди общего числа женщин с прямыми акушерскими осложнениями, включая кровотечение, гипертонические расстройства, аборты, сепсис, обструктивные роды, внематочная беременность, эмболия и состояния, связанные с анестезией).

| ИСХОД/ВОЗДЕЙСТВИЕ | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Сфера СРЗ** | **Индикатор** | **Тип измерения** | **Тип индикатора** | **Источник данных** |
| Искоренение небезопасных абортов | Частота акушерских и гинекологических госпитализаций, связанных с осложнениями после аборта | Доля | Основной | ИСЗ |
| | Частота госпитализаций для небезопасных абортов на 1000 женщин | Уровень | Дополнительный | ИСЗ |
| | Количество абортов на 1000 живорождений | Коэффициент | Основной | ИСЗ/Опросы (в популяции) |
| | Материнская смертность, связанная с абортами | Доля | Основной | ИСЗ/Опросы (специальные)/Данные регистрации РС |
| ИППП/ИРТ | Беременные женщины в возрасте 15–24 лет, посещающие клиники дородового наблюдения, у которых выявлен положительный результат серологического теста на сифилис[q] | Доля | Основной | ИСЗ |
| | Беременные женщины в возрасте 15–24 лет, посещающие клиники дородового наблюдения, у которых выявлен положительный результат серологического теста на ВИЧ[q] | Доля | Основной | ИСЗ/Опросы (в популяции) |
| | Мужчины в возрасте 15–49 лет, у которых в течение последних 12 месяцев выявлен, по крайней мере, один эпизод уретрита | Доля | Дополнительный | ИСЗ/Опросы (в популяции) |
| Сексуальное здоровье | Женщины, сообщившие о наличии УВЖ | Доля | Расширенные | Опросы/ИСЗ |
| | Частота родов среди подростков[r] | Уровень | Основной | Данные регистрации РС |
| | Подростки, имевшие половые контакты | Доля | Дополнительный | Опросы (в популяции) |
| | Подростки, имевшие половые контакты, которые использовали контрацепцию при первом/последнем половом контакте[s] | Доля | Дополнительный | Опросы (в популяции) |
| | Сексуально-активные подростки, не состоящие в браке, которые постоянно используют презервативы[s] | Доля | Дополнительный | Опросы (в популяции) |
| | Мужчины и женщины (в возрасте 15–24 лет), начавшие половую жизнь в возрасте до 15 лет | Доля | Дополнительный | Опросы (в популяции) |

[q] Перекрестная ссылка с индикаторами здоровья женщин во время беременности, родов и послеродовом периоде.

[r] Перекрестная ссылка с индикаторами планирования семьи.

[s] Вне связи с полом.

**Таблица 3. Тематические разделы, по которым необходимо разработать дополнительные индикаторы**

| Раздел | Предположения/пробелы |
|---|---|
| Планирование семьи | Стоимость услуг<br>Необходимость в определении показателя «приемлемости» |
| Здоровье женщины в период беременности, родов и в послеродовом периоде | Формулировка руководящих принципов по проведению кесарева сечения (для предотвращения его чрезмерного применения)<br>Роды в медицинских учреждениях для беременных с высоким риском<br>Роды под наблюдением обученного специалиста и роды, проводимые в медицинских учреждениях – в соответствии с условиями данной страны<br>Расходы на роды в медицинском учреждении<br>Инфекционный контроль в родильных домах (качество) |
| ИППП/ИРТ и заболевания репродуктивных органов | Индикатор уретритов – изучить другие показатели, например, заболевания, сопровождающиеся появлением генитальных язв<br>Бесплодие (первичное и вторичное) – может потребоваться новая формулировка, в соответствии с рекомендациями ВОЗ<br>Поведенческие риски, приводящие к ИППП<br>Качество оказания помощи<br>Индикаторы для уязвимых групп (мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), коммерческие секс-работники (КСР)<br>Использование альтернативных источников лечения ИППП, например, аптек – необходимо сформулировать |
| Сексуальное здоровье / здоровая сексуальность | Здоровая сексуальность/показатель сексуального удовлетворения<br>Взаимосвязь с правами женщин (ЦРТ 3) (как определяющими)<br>Сексуальные расстройства<br>Доступ и использование для уязвимых групп, особенно МСМ и КСР |
| Сексуальное и репродуктивное здоровье подростков | Представления (у подростков) о необходимости профилактических услуг<br>Приватность, конфиденциальность, информированное согласие пациента при предоставлении услуг<br>Удовлетворенность клиентов |
| Сексуальное насилие | Индикаторы исходов в отношении сексуального насилия (требуется выявить) – сложности: межкультурные различия в восприятии сексуального насилия<br>Женское сексуальное рабство |
| Увечье женских гениталий | Немедицинские сервисные учреждения, службы социальной поддержки, обучение полиции и т.д.<br>Услуги, необходимые женщинам с УВЖ |

## 2.2 Обсуждение и рекомендации

Индикаторы, рекомендованные на настоящем совещании, были разработаны с целью дополнения и расширения 17 индикаторов репродуктивного здоровья, определенных ранее.[24] Этот подход предусматривал учет разделов сексуального и репродуктивного здоровья, которые не рассматривались ранее в данной области; кроме того были рассмотрены факторы, влияющие на сексуальное и репродуктивное благополучие, в более широком контексте. Ниже приведен ряд рекомендаций по вопросам, которые следует рассмотреть, чтобы ускорить внедрение данной рамки мониторинга в работу национальных программ.

### *Принципы*

- Программа, разработанная на совещании, будет полезна для диагностики вопросов сексуального и репродуктивного здоровья на страновом уровне. Доступность популяционных исследований по некоторым показателям является хорошей возможностью, но, данные таких исследований не всегда могут быть полезны на суб-национальном уровне или на уровне предоставления услуг. Работники учреждений, оказывающих услуги, должны пройти обучение техникам сбора и использования данных. Так как сбор специальных данных во всех медицинских учреждениях может оказаться трудоемким процессом, можно его проводить выборочно, в нескольких клиниках. Таким образом, можно получить высококачественные данные, которые послужат основой для последующей разработки программы или отдельных вмешательств.
- Не все индикаторы (дополнительные или расширенные) применимы для любой страны; страна сможет выбрать дополнительные и расширенные показатели из предлагаемых, на основании существующих в ней проблем и потребностей в области сексуального и репродуктивного здоровья.
- Индикаторы национального уровня позволяют странам оценить приближение к поставленной цели обеспечения всеобщего доступа, а также, промежуточных целей. Принятие решений о вмешательствах по достижению всеобщего доступа, диктует необходимость понимания различий в показателях среди разных групп населения; поэтому крайне важно иметь возможность оценивать данные на местах и для разных подгрупп населения. Как минимум, и, если это целесообразно, нужно стараться организовывать сбор данных таким образом, чтобы последующая оценка и отчетность включала дезагрегированные данные по возрасту, полу, географическому положению и этнической принадлежности.
- Со стратегической точки зрения важно рассмотреть шкалу неравенств и их относительное значение. Такая оценка включает степень различий в использовании услуг; размера задействованных групп населения; наличия нескольких неравенств в группе; влияния этих неравенств на состояние здоровья.

### *Ограничивающие факторы*

- На общенациональном уровне возможности наблюдения и оценки могут ограничиваться объемом инвестиций в разработку информационных систем здравоохранения. Обычно, ограниченной оказывается возможность получения или анализа данных.
- Широкий диапазон вертикальных программ может привести к фрагментации процессов мониторинга и оценки внутри отдельных стран. Вследствие ограниченного потенциала информационных систем здравоохранения просматривается тенденция уделять основное внимание требованиям по отчетности, выставляемые донорами
- Напряженность между потребностями в информации здравоохранения для удовлетворения нужд сообществ, учреждений и районных/областных/региональных отделов планирования здравоохранения, и потребностями в удовлетворения запросов по сбору данных во всемирном масштабе может привести к ограничению использования информации для принятия решений на местном уровне.
- В настоящее время уже производится сбор широкого спектра данных из учреждений здравоохранения, но, как правило, – без оценки их полноты и качества. Этот недостаток приводит к тому, что некоторые пользователи не доверяют собранной информации, и, поэтому недостаточно используют данные на всех уровнях, в том числе – для информированного принятия решений.
- Во многих странах не проводится сбор данных из частного сектора, что способствует формированию неадекватной оценки доступности медицинской помощи и использования информации для значительной части населения.
- Информация по социальным детерминантам сексуального и репродуктивного здоровья, например, бедности, мобильности населения, гендерному неравенству – часто оказывается недоступной.

- Некоторые показатели можно получить в рутинном порядке в тех странах, которые регистрируют акты гражданского состояния и поддерживают другие информационные системы здравоохранения. Для получения большинства индикаторов мониторинга всеобщего доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью потребуется проведение популяционных исследований. Однако большинство стран не смогут проводить такие исследования регулярно. Для стран, входящих в систему медико-демографических исследований (МДИ), необходимо установить связи для интеграции новых индикаторов (или пересмотренных определений существующих индикаторов), чтобы МДИ смогла предоставить необходимую информацию. Необходимо более активно унифицировать критерии, используемые в различных программах эпидемиологических исследований (например, МДИ, программы ЮНИСЕФ «Кластерные исследования множественных индикаторов», национальные обзоры). Предложение более долговременных решений позволит усилить информационные системы здравоохранения в развивающихся странах. В этом контексте можно также установить связь с другими инициативами, например, с Сетью измерения показателей здоровья (Health Metrics Network).

### *Пути решения*

- Странам необходимо предоставить поддержку в развитии их технических возможностей для систематической обработки множественных потоков информации. Это позволит оценить потребности и разработать более совершенные программы с учетом недостатков, выявленных при мониторинге.
- Для наблюдения за прогрессом обеспечения всеобщего доступа (к сексуальному и репродуктивному здоровью) странам следует устанавливать цели для основных вмешательств и контролировать их внедрение через механизмы мониторинга и оценки.
- Обязательства стран выражаются через их приверженность в продвижении международных целей развития, относящихся к репродуктивному здоровью. К таким целям относятся: ЦРТ, региональные инициативы, поддерживающие соответствующие цели (например, инициативы Африканского и Панамериканского региональных офисов ВОЗа, проект Европейского Союза (REPROSTAT), предусматривающий разработку индикаторов репродуктивного здоровья). Проводится большое количество консультативных совещаний, на которых обсуждаются концепции всеобщего доступа и устанавливаются цели; накоплен богатый международный опыт разработки ряда индикаторов, используемых многими заинтересованными сторонами. Все эти подходы позволят ускорить внедрение мониторинговой рамки, представленной в данном документе.
- Необходимо приложить усилия для обеспечения качества и сопоставимости данных, получаемых в разных странах, путем получения согласия стран на разработку четких рекомендаций по сбору, анализу и отчетности. Эти усилия необходимы, т.к. трудно будет достичь сопоставимости данных, если системы мониторинга в странах будут различаться. Указанная потребность сохраняется как для развитых, так и для развивающихся стран.
- Исследования практической осуществимости предлагаемого набора индикаторов нужно провести в двух или трех странах. Для оценки связи индикаторов процесса и исхода также потребуются научные доказательства. Научные данные необходимо распространять и использовать при разработке и управлении программами.
- На настоящем совещании было рекомендовано создать официальную референсную группу по вопросам индикаторов сексуального и репродуктивного здоровья, а также индикаторов политики и связей программы по сексуальному и репродуктивному здоровью с другими службами здравоохранения. Целью этой группы будет наблюдение за разработкой и применением данных индикаторов, а также предложения действенных способов технического усовершенствования национальных, региональных и всемирных приложений.

# 3. Возможные индикаторы, отражающие взаимосвязи между сексуальным и репродуктивным здоровьем и вич/спид

## 3.1 Введение и актуальность

В результате последних достижений была создана атмосфера для обеспечения синергии между сексуальным и репродуктивным здоровьем и программами ВИЧ/СПИД. К этим достижениям относятся проекты «Призыв к действию, Глион» и «Призыв к действию против ВИЧ/СПИДа, Нью-Йорк», направленные на укрепления взаимосвязей между сексуальным и репродуктивным здоровьем и программами противодействия ВИЧ/СПИД (2004),[25,26] и Политическая декларация специальной сессии генеральной ассамблеи ООН по вопросам ВИЧ/СПИД (UNGASS) (2006),[27] в которой подчеркнута «необходимость укрепления политических и программных взаимосвязей по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ/СПИД». Предполагается, что результаты работы взаимосвязанных услуг сексуального и репродуктивного здоровья будут значительнее эффекта мероприятий в сфере отдельных медицинских услуг.

Обоснованием для формирования связей или интеграции служит тот факт, что программы как в области сексуального и репродуктивного здоровья, так и – ВИЧ/СПИДа, предназначены для одной и той же целевой группы населения (сексуально-активные мужчины и женщины, молодежь). Более того, обе эти программы продвигают безопасное и ответственное сексуальное поведение, обладают потенциалом увеличения частоты применения «двойной защиты» и использования презервативов и способствуют координации мероприятий в области улучшения сексуального и репродуктивного здоровья.

Благодаря взаимосвязанным подходам можно снизить частоту вертикальной передачи ВИЧ (от матери к ребенку) и стигматизацию в области ВИЧ/СПИД, а также, снизить уровень упущенных возможностей увеличения доступности и степени охвата. Возможность повышения эффективности будет способствовать снижению расходов, устранению дублирования и координации действий. Синергия, вероятно, окажет усиленное воздействие на улучшение профилактических мер. Поэтому общей задачей должно стать увеличение доступности и ускорение внедрения мер по профилактике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции, а также улучшению сексуального и репродуктивного здоровья – путем формирования связей между программами и их интеграции.

В этой главе приводится обсуждение предлагаемых индикаторов, которые могут быть использованы при мониторинге глобальных инициатив по укреплению связей, а также, национальных мероприятий по их реализации.

**Схема 3. Рабочие определения**

- **Интеграция:** интеграция служб, к которым призывала МКНР, необходимая для предложения комплексных услуг с целью удовлетворения нескольких потребностей.
- **Взаимосвязи:** понятие появилось для отражения альтернативных путей объединения услуг, в том числе путем создания возможностей для систематического перенаправления клиентов из одной службы/программы в другую.
- **Синергия:** относится к исходам интегрированных или взаимосвязанных услуг, которые превышают эффективность работы каждой службы в отдельности.

## 3.2 Потенциальные индикаторы

Индикаторы **политического уровня** могут включать:

- наличие национальной стратегии по сексуальному и репродуктивному здоровью, включающей вопросы профилактики, лечения и поддержки при ВИЧ-инфекции (или число стран, в которых она имеется);[a]
- наличие национальной стратегии по изменению поведения, направленного на профилактику и лечение ВИЧ-инфекции в рамках руководящих принципов и программ по сексуальному и репродуктивному здоровью (или число стран, в которых эти стратегии имеются);[a]
- число учреждений, оказывающих услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья (включая профилактику, лечение и поддержку при ВИЧ-инфекции) в рамках базовых необходимых видов медицинской помощи, в расчете на 500 тысяч населения;
- (число) [a] стран, в которых вопросы сексуального и репродуктивного здоровья и профилактики ВИЧ-инфекции включены в программы обучения первичного (заключительных классов) и вторичного образования;
- доля бюджета программ по ВИЧ-инфекции (здравоохранение), предназначенная для оказания важнейших услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья, а также, доля бюджета программ сексуального и репродуктивного здоровья, предназначенная для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции; и
- наличие обучающих материалов и учебных планов по междисциплинарным вопросам сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ на программном уровне, а также, на уровне предоставления услуг, для программ дипломного и последипломного обучения специалистов.

Также, полезно было бы подчеркнуть **поведенческие** индикаторы, такие как:

- доля ВИЧ-дискордантных пар, в которых один из партнеров инфицирован ВИЧ, пользующихся презервативами для профилактики заражения неинфицированного партнера;
- доля пар (живущих как в официально зарегистрированном, так и в гражданском браке), сообщивших об использовании презервативов для профилактики инфицирования ВИЧ.

Диапазон потенциальных индикаторов, которые могут быть использованы для оценки связей **на уровне оказания услуг**, представлен в Дополнении 3. В Таблице 4 отражены избранные индикаторы, в рамках контекста параметров системы мониторинга, описанной в Главе 2, которые классифицируются в соответствии с различными компонентами оказания услуг.

## 3.3 Обсуждение и рекомендации

- Взаимосвязи или интеграция служб сексуального и репродуктивного здоровья со службами профилактики, лечения и ухода при ВИЧ-инфекции предоставят ценную возможность для улучшения результатов вмешательств здравоохранения (вследствие направленности на одну и ту же целевую группу населения, возможность увеличения использования «двойной защиты» и презервативов, устранения дублирования, а также, стимуляции повышения коэффициента полезного действия (efficiency), наряду с прочими факторами).
- Проведение оценки заинтересованных сторон необходимо для того, чтобы определить какие услуги имеются в наличии и выявить слабые стороны. Полученные уроки могут быть использованы при разработке руководящих принципов и комплексных методов помощи. В некоторых случаях, необходимо будет повысить мощность существующих служб путем обеспечения дополнительных комплементарных услуг. В других ситуациях, потребуется обеспечить систематические перенаправления клиентов из одной службы/программы в другую.

[a] В агрегированном виде.

- Необходимо подключить другие индикаторы, отражающие поведенческие аспекты взаимосвязей служб.
- Некоторые индикаторы – новые, и их необходимо проверить на практике.
- Участники совещания признали, что на уровне применения индикаторов может быть проблематично соединить службы в условиях, если донорское финансирование стимулирует вертикальные программы.

**Таблица 4. Индикаторы взаимосвязей между программами сексуального и репродуктивного здоровья и противодействия ВИЧ/СПИДу**

| Тип индикатора | Предлагаемые индикаторы связи |
|---|---|
| Политика/ Руководящие принципы | Число стран, в которых разработана и внедрена национальная стратегия по изменению поведения, направленного на профилактику и лечения ВИЧ-инфекции, в рамках руководящих принципов и программ сексуального и репродуктивного здоровья.<br>Число стран с национальной стратегией улучшения сексуального и репродуктивного здоровья, в которую включены меры по профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции. |
| Социальные детерминанты | Доля ВИЧ-дискордантных пар, пользующихся презервативами и проводящих лечение с целью профилактики заражения неинфицированного партнера.<br>Доля первичных медицинских пунктов (ПМП), которые: (а) являются дружественными к подросткам, (б) продвигают участие мужчин в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья. |
| Доступ: наличие услуг | Количество учреждений на 500 тыс. населения, оказывающих услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая профилактику, лечение и поддержку при ВИЧ-инфекции – в рамках оказания базовых необходимых видов медицинской помощи.<br>Доля ПМП, обеспечивающих: (а) три или более, или (б) шесть или более из нижеперечисленных услуг по обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья и мерам противодействия ВИЧ/СПИД: планирование семьи, дородовую помощь, послеродовую помощь, услуги при ИППП, добровольное консультирование и обследование на ВИЧ, добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ, инициированное поставщиком услуг консультирование и тестирование на ВИЧ, мероприятия по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку (ППМР), антиретровирусную (АРВ) профилактику, скрининг на рак шейки матки, скрининг на рак предстательной железы. |
| Доступ: информация | Число стран, в которых вопросы сексуального и репродуктивного здоровья и профилактики ВИЧ-инфекции включены в программы первичного обучения (в последних классах) и вторичного образования.<br>Доля ПМП, обеспечивающих (а) добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ, включая последующую работу с партнерами, в т.ч., их лечение и консультирование и (б) коммуникацию, направленную на изменение поведения. |
| Использование услуг | Доля ВИЧ-позитивных женщин, которые получили в дородовом периоде: (а) адекватную АРВ-терапию и (б) терапию ППМР во время родов. |
| Исход/влияние[b] | Частота развития ВИЧ-инфекции у посетителей клиник дородового наблюдения.<br>Доля партнеров женщин в дородовом периоде, у которых выявлены ВИЧ или сифилис, получающих соответствующие терапию и консультирование.<br>Интенсивный показатель передачи ВИЧ-инфекции от инфицированных женщин их младенцам. |

[b] Хотя эти типы индикаторов на встрече не обсуждались, они включены в качестве примера потенциальных индикаторов улучшения состояния здоровья.

# Используемая литература


1. United Nations. *Report of the International Conference on Population and Development*. New York: United Nations; 1994 (A/CONF.171/13/Rev.1).
2. World Health Organization. *Reproductive health strategy*. Geneva: WHO; 2004 (WHO/RHR/04.8).
3. United Nations. *Report of the Secretary-General on the work of the Organization. Official Records, Sixty-first session, Supplement No. 1 (A/61/1).* New York: United Nations General Assembly; 2006.
4. Wilkinson R. The challenge of prevention: a response to Starfield's "Commentary: pathways of influence on equity in health". *Social Science & Medicine* 2007; 64:1367–70.
5. World Health Organization. *Interpreting reproductive health*. Unpublished document 1999.
6. Wilkinson R, Marmot M. *The solid facts*. Copenhagen: World Health Organization; 2003.
7. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365:1099–104.
8. World Health Organization. *Indicators for measuring access to reproductive health care. Report of a WHO and UNFPA technical consultation*. Geneva: WHO; 2004.
9. Mooney G. Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care* 1983; 1:179–85.
10. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine* 2001; 53:1149–62.
11. Dominick KL, Dudley TK, Grambow SC, Oddone EZ, Bosworth HB. Racial differences in health care utilization among patients with osteoarthritis. *Journal of Rheumatology* 2003; 30:2201–2206.
12. United Nations Population Fund. *Indicators for population and reproductive health programmes*. New York: UNFPA; 1998.
13. World Health Organization. *Reproductive health indicators for global monitoring: guidelines for their generation, interpretation and analysis*. Geneva: WHO; 2006.
14. World Health Organization. *Technical consultation on reproductive health indicators. Summary report*. Geneva; WHO; 2007.
15. World Health Organization. *Accelerating progress towards the attainment of international reproductive health goals. A framework for implementing the WHO global reproductive health strategy*. Geneva: WHO; 2006.
16. African Union. *Maputo plan of action for the operationalisation of the continental policy framework for sexual and reproductive health and rights 2007–1010*. Maputo: African Union; 2007.
17. United Nations. *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Commission on Human Rights, Sixty-second session, Item 10 of the provisional agenda*. New York: United Nations; 2006.
18. Temmerman M, Foster LB, Hannaford P, Cattaneo A, Olsen J, Bloemenkamp KW, et al. Reproductive health indicators in the European Union: the REPROSTAT project. *European Journal of Obstetrics Gynaecology and Reproductive Biology* 2006; 126:3–10.
19. Wang CC, Wang Y, Zhang K, Fang J, Liu W, Luo S, et al. Reproductive health indicators for China's rural areas. *Social Science and Medicine* 2003; 57:217–25.
20. United Nations General Assembly. *United Nations Millennium Declaration. United Nations General Assembly, 55th Session, Agenda item 60(b)*. New York: United Nations; 2000 (A/RES/55/2. 1–9-2000).
21. United Nations Millennium Project. *Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals*. New York: United Nations Development Programme; 2005:82–4.
22. United Nations Millennium Project. *Public choices, private decisions: sexual and reproductive health and the Millennium Development Goals*. New York: United Nations Development Programme; 2006.
23. World Health Organization. *Working towards universal coverage of maternal, newborn and child health interventions.* Geneva: WHO; 2005 (resolution WHA58.31).
24. World Health Organization. *Reproductive health indicators for global monitoring. Report of an interagency technical meeting*. Geneva: WHO; 2001.
25. World Health Organization. *The Glion call to action: family planning and HIV/AIDS in women and children.* http://www.who.int/reproductive-health/stis/linking.html (May 3–5, 2004) (accessed Aug 03, 2007).
26. United Nations Population Fund/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/Family Care International. *The New York call to commitment: Linking HIV/AIDS and sexual and reproductive health*. New York: UNFPA, 2004.
27. United Nations General Assembly. *Political Declaration on HIV/AIDS. United Nations General Assembly, 60th Session, Agenda item 45*. New York: United Nations; 2006 (A/RES/60/262. 15–6-2006).

# Приложение 1. Применение индикаторов глобального уровня На местах – примеры иследований

## A. Опыт из сельского Китая[a]

Согласно данным Министерства здравоохранения Китая, в 1997 году уровень материнской смертности в сельских областях достигал 80,4 на 100 тысяч родов живым плодом, а уровень младенческой смертности – 37,7 на 1000 детей рожденных живыми. Эти показатели в сельских районах значительно выше таковых в городских поселениях. Пытаясь устранить данную разницу, сельские работники здравоохранения столкнулись с трудностями – отсутствием практичных, осуществимых и измеряемых индикаторов репродуктивного здоровья, которые могли бы объяснить данные заболеваемости и смертности.

Набор из 17 индикаторов репродуктивного здоровья, рекомендуемый ВОЗом, мог бы быть полезным для заполнения этого пробела, но, при попытке его практического использования, исполнители столкнулись с рядом значительных трудностей. Сельским работникам здравоохранения требуются более практичные и измеримые индикаторы, которые помогали бы определять дальнейшее развитие программ как на местах (где вмешательства и услуги имеют наиболее важное значение), так и на национальном уровне (чтобы можно было определить общенациональные цели и руководящие принципы). Было проведено исследование, нацеленное на разработку и пилотирование индикаторов репродуктивного здоровья в сельских сообществах, которое явилось способом решения этой проблемы.

Были использованы два включенных метода: 1) процесс с участием номинальной группы и 2) эпидемиологическое исследование по методике Delphi. Сначала процесс номинальной группы был использован как инструмент на базе сообщества местными сотрудниками службы репродуктивного здоровья для выработки исчерпывающего списка потенциальных индикаторов. Затем, для достижения консенсуса между национальными и международными специалистами в отношении приоритизации этих показателей на базе сообщества, был использован метод Delphi. Основными критериями были практичность, осуществимость и возможность измерения в условиях сельских районов Китая.

### *Номинальная группа*

В разработке индикаторов репродуктивного здоровья участвовали исследователи в области репродуктивного здоровья, практикующие врачи и администраторы, а также, руководители служб охраны здоровья матери и ребенка. Основное внимание уделялось биомедицинским, экономическим и социально-политическим факторам, влияющим на репродуктивное здоровье.

Участники: 32 женщины и 20 мужчин – были распределены на восемь рабочих групп. Совместно, они определили 180 индивидуальных индикаторов, охватывающих следующие семь разделов:

- фертильность и регуляция фертильности (26 показателей);
- беременность и роды (27 показателей);
- здоровье детей (7 показателей);
- сексуальное здоровье (25 показателей);
- действия правительства /руководящие принципы (15 показателей);
- статус женщины – развитие и наделение женщин полномочиями (37 показателей);
- развитие сельских сообществ (43 показателя).

Из 180 индикаторов: 18 были исключены как непрактичные или неосуществимые (например, отношение работников здравоохранения, культурные условия жизни этнических меньшинств). Были также исключены другие индикаторы, не получившие поддержки участников номинальной группы. Оставшиеся 126 индикаторов, поддержанных единогласно, были перераспределены для исследования методом Delphi.

### *Исследование методом Delphi*

При исследовании методом Delphi респонденты заполняли анкеты и высылали их по почте; тем самым было обеспечено участие людей из обширных географических областей и включение как коренных жителей Китая, так и международных экспертов в области общественного здравоохранения, медицинской помощи, социальных наук и исследований женского вопроса. Все участники, в различной степени, сами имели опыт сельской жизни в развивающихся странах.

Перед экспертами были поставлены задачи: а) рассмотреть, являются ли эти индикаторы практичными, осуществимыми и измеряемыми в при-

[a] Более подробную информацию можно найти в статье: Wang CC, Wang Y, Zhang K, Fang J, Liu W, Luo S, et al. Reproductive health indicators for China's rural areas. *Social Science and Medicine* 2003; 57:217–225.

ложении к сельским районам развивающихся стран, и б) классифицировать эти индикаторы как «значимые», «в некоторой степени значимые», «совершенно незначимые», «с неопределенной значимостью» и «концепция, не знакомая эксперту». Анкеты для исследования методом Delphi, были отправлены по почте 63 китайским и 60 международным экспертам. Из этих двух групп – 60 и 43 эксперта, соответственно, заполнили анкеты первого раунда. Анкеты второго раунда исследования (Delphi II) были направлены по почте только экспертам, завершившим первый раунд. В итоге, 57 китайских и 43 международных эксперта заполнили анкеты второго раунда исследования.

Все показатели, признанные «значимыми» простым большинством голосов в Delphi I, были включены в Delphi II (n=50/126). Так как шесть из 17 индикаторов ВОЗа в процессе работы номинальной группы предложены не были, они были пропущены в Delphi I, но включены в вопросы анкеты Delphi II. Также, в эту анкету были включены 17 новых индикаторов, предложенных экспертами этого исследования. Всего, 73 индикатора циркулировали на этой стадии.

Индикаторы, признанные «значимыми», в исследовании Delphi II, получили 2 балла, «в некоторой степени значимыми» – 1 балл, «совершенно незначимыми» – 0 баллов. Для использования на базе сообществ были выбраны те индикаторы репродуктивного здоровья, которые набрали наиболее высокие баллы. На схеме А.1 представлены восемь переменных, признанных детерминантами для измерения достижений в улучшении репродуктивного здоровья. Итоговый список, содержащий 21 индикатор, представлен на схеме А1.2. Шесть показателей совпадают с индикаторами из списка ВОЗа, а два других – сопоставимы.

На примере Китая были продемонстрированы эффективные стратегии вовлечения сообществ в процесс разработки соответствующих индикаторов. Из этого опыта очевидно, насколько местные условия определяют приоритеты в сообществе. В этом процессе участвовали местные и международные эксперты, что явилось важным фактором для обеспечения компетентности исследования и верификации итогового выбора индикаторов.

**Схема А1.1 Детерминанты для измерения достижений в улучшении репродуктивного здоровья**

- Доля деревень, в которых есть базовые необходимые медицинские услуги
- Доля местного государственного бюджета, направляемого на улучшение репродуктивного здоровья
- Доля деревень, в которых имеется безопасная питьевая вода
- Доля деревень, в которых обеспечено транспортное сообщение с городом
- Доля электрифицированных деревень
- Наличие организаций, ответственных за предоставление помощи женщинам в кризисных ситуациях
- Доля женщин, консультирующихся при принятии решений по семейным расходам
- Доля женщин репродуктивного возраста, которым произведена вакцинация от столбняка

**Схема А1.2 Индикаторы для измерения репродуктивного здоровья на базе сообществ в сельских районах Китая, в сравнении с 17 индикаторами репродуктивного здоровья, предложенными ВОЗ**

| Индикаторы репродуктивного здоровья, сопоставимые с показателями ВОЗ (число, согласно перечню ВОЗ) | Новые индикаторы репродуктивного здоровья для сельских районов Китая |
|---|---|
| • Общий уровень фертильности (1)<br>• Уровень распространенности контрацепции (2)<br>• Коэффициент материнской смертности (3)<br>• Доля женщин, осмотренных, как минимум, однократно, квалифицированным медперсоналом во время беременности (4)<br>• Доля деревень, в которых доступны услуги квалифицированной акушерки (аналогично 5)<br>• Доля беременных женщин, регулярно получающих медицинскую помощь в дородовом периоде (аналогично 6)<br>• Уровень перинатальной детской смертности (8)<br>• Частота ВИЧ-инфекции у женщин репродуктивного возраста (16) | • Доля женщин с юридически закрепленным правом принятия решения о пролонгации/прерывании беременности<br>• Доля женщин, которые обладают свободой выбора метода контрацепции<br>• Частота индуцированных абортов<br>• Доля женщин, страдающих инфекциями репродуктивного тракта<br>• Доля женщин, обученных приемам самопомощи в дородовом периоде<br>• Доля родов, происходящих в асептических условиях<br>• Интенсивный показатель осложнений во время родов<br>• Доля женщин, относящихся к группе высокого риска, родивших в условиях стационара<br>• Уровень смертности среди новорожденных<br>• Доля детей 0–5 лет, которым была проведена иммунизации<br>• Смертность детей до 5 лет (по возрасту и полу)<br>• Доля деревень, в которых имеется неотложная акушерская помощь<br>• Число работников здравоохранения на 100 000 человек населения, которые могут диагностировать и лечить наиболее распространенные инфекции репродуктивного тракта |

## B. Опыт Европейского Союза (проект REPROSTAT)[b]

В рамках программы мониторинга здоровья населения Европейского Союза (ЕС) был реализован проект разработки комплексного набора индикаторов репродуктивного здоровья для государств-членов ЕС. Задачей проекта REPROSTAT было разработать общий набор основных индикаторов, позволяющих работникам здравоохранения, законодательным органам и исследователям проводить мониторинг состояния репродуктивного здоровья и соответствующей медицинской помощи в Европейском Союзе. Предполагалось, что такая система наблюдения позволит заранее узнавать о неэффективности профилактических и лечебных мероприятий в здравоохранении и дополнительно разрабатывать ключевые коррекционные и исследовательские мероприятия. Поскольку одним комплексом индикаторов невозможно охватить все аспекты, были установлены связи с другими группами, например – проектом PERISTAT (аналогичный проект для разработки ключевых показателей перинатального здоровья) и онкологическими реестрами. Проект проходил с 2001 по 2003 гг.

Исходный набор индикаторов, разработанных проектом REPROSTAT, включал набор глобальных индикаторов репродуктивного здоровья, предложенных ВОЗ, а также – дополнительные индикаторы, необходимые для достижения целей проекта. Выбранные индикаторы были предназначены для: а) выявления потребностей в улучшении сексуального и репродуктивного здоровья граждан государств-членов ЕС; б) участия в регулярном мониторинге и оценке качества, эффективности и развитии программ обеспечения репродуктивного здоровья, реализуемых в Европе; в) обеспечения возможности сравнения данных по репродуктивному здоровью как в каждом отдельно взятом государстве-члене ЕС, так и между этими странами. Итоговый набор из 13 основных индикаторов, был завершен в 2002 г. (см. Схему A1.3). Кроме того, были рекомендованы четыре дополнительных индикатора, среди которых три последние нуждались в дальнейшей доработке (Схема A1.4).

Предложенные индикаторы были разработаны на основании данных, имеющихся во многих странах как часть информации, собираемой в рутинном порядке; в ряде стран такая информация может быть собрана только при специальных эпидемиологических исследованиях. Эти индикаторы были протестированы в Германии и Италии; исследователи пришли к выводу, что «по-прежнему, сохраняется проблема разброса между методами сбора данных и доступности информации в разных странах». Несмотря на то, что некоторые государства-члены ЕС располагают комплексными системами сбора медицинской информации, включая общенациональные эпидемиологические исследования, методы сбора данных в странах различаются. Для обеспечения сопоставимости данных их требуется гармонизировать.

В этом примере наглядно продемонстрированы проблемы использования различных систем сбора данных в странах одного региона. Сопоставление данных между странами, имеющими различные системы сбора информации, оказалось затруд-

**Схема A1.3 Основные индикаторы**

- Приемлемость тестирования на ВИЧ среди беременных женщин
- Распространенность серопозитивных результатов среди беременных женщин, прошедших тестирование на ВИЧ (для всех возрастов)
- Распространенность хламидийной инфекции
- Данные об использовании презервативов при последнем сексуальном контакте с высоким риском
- Медиана возраста первого полового контакта
- Частота использования контрацептивов при первом половом контакте
- Возрастные показатели родов у женщин-подростков
- Возраст первородящих матерей
- Общий уровень рождаемости
- Доля женщин, которые практиковали незащищенный секс, но не смогли забеременеть в течение 1 года или более
- Доля родов, ассоциированных с вспомогательными репродуктивными технологиями
- Частота индуцированных абортов
- Доля женщин в возрасте 50 лет и старше, перенесших гистероэктомию.

**Схема A1.4 Дополнительные индикаторы**

- Доля женщин, страдающих недержанием мочи
- Эректильная дисфункция
- Сексуальное здоровье
- Насилие во время беременности

[b] Более подробную информацию можно найти в статье: Temmerman M, Foster LB, Hannaford P, Cattaneo A, Olsen J, Bloemenkamp KW, et al. **Индикаторы репродуктивного здоровья в Евросоюзе: проект REPROSTAT.** *European Journal of Obstetrics Gynaecology and Reproductive Biology* 2006; 126:3–10.

нительным и сложным процессом. Приоритеты в области сексуального и репродуктивного здоровья, и соответствующие проблемы здоровья населения оказались достаточно разными в развитых и развивающихся странах и различались даже среди развитых стран.

В некоторых странах вопросы вспомогательных репродуктивных технологий и бесплодия оказались особо важными, в то время как в других (например, в Японии), ключевыми могут быть – вопросы старения населения и, связанные с этим, проблемы здоровья. В Африке, южнее Сахары, сложилось кризисное положение с ВИЧ-инфекцией/СПИДом, а в других развивающихся странах эта проблема имеет менее высокий приоритет. Необходимо разработать схему адаптации инструментов на страновом уровне и определить потребности, в обеспечении возможностей и ресурсов для поддержки сбора данных на национальном и местном уровнях. Во всех странах, как промышленно развитых, так и развивающихся, необходимо обеспечить поддержку для анализа данных и применения его результатов.

# Приложение 2. Предоставление услуг в сфере репродуктивного здоровья в развивающихся странах: содействующие факторы и трудности – пример Конго

## *Условия*

Конго – страна с большими долгами и значительным уровнем бедности (70% населения живут с доходом менее 1 доллара США в день). Шестьдесят процентов из четырех миллионов населения проживают в городах. Распространенность ВИЧ-инфекции составляет 6%, ожидаемая продолжительность жизни мужчин – 49,6 лет, женщин – 53,7 года. Приблизительный уровень рождаемости составляет 40/1000, причем у 55% женщин Конго первая беременность наступает в возрасте моложе 20 лет.

Низкая частота использования контрацептивных средств (13%) и высокая фертильность (общий коэффициент фертильности (ОКФ) = 4,8) приводят к высокой смертности женщин (коэффициент материнской смертности составляет 781 на 100 000 живорожденных), несмотря на высокую частоту родов под наблюдением квалифицированного персонала (86% – всего, 95% – в городах, 72% – в сельской местности); 82% родов проходят в учреждениях здравоохранения, 75% женщин посещают учреждения дородового ухода не менее 4 раз. Кесарево сечение проводят только в 3,2% случаев, а смертность новорожденных составляет 33/1000 живорождений. Аборт разрешается проводить только для спасения жизни женщины, причем 36–41% абортов проводится в медицинских учреждениях. Причинами материнской смертности являлись: кровотечения (40%), развитие сепсиса после аборта(19%), послеродовый сепсис (13%), эклампсия (11%), малярия (10%) и другие патологии (7%).

## *Возможности и ограничивающие факторы*

Благоприятной возможностью для улучшения репродуктивного здоровья явилось восстановление мира после десятилетнего вооруженного конфликта. Благодаря установлению мира уменьшилась тревога за безопасность жизни, и повысился доступ к медицинской помощи, особенно для жителей городов; появились возможности улучшить состояние медицинских учреждений. Благодаря председательству президента страны Дениса Сассу-Нгессо в Африканском Союзе в 2006 году, ускорился прогресс на пути к ЦРТ. Этот процесс позволил привлечь финансирование из различных источников, в том числе, от продаж нефти.

в 2005 году, при содействии Всемирного банка, ВОЗ, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ЕС (тематическая группа по здравоохранению), в Конго был проведен первый Общенациональный день безопасного материнства. В рамках этого сотрудничества продвигался минимальный набор услуг, как часть «дорожной карты» для снижения смертности матерей и новорожденных (начало совместного проекта – 2007 г.). При использовании данных медико-демографических исследований (Demography Health Survey (DHS) от 2005 года, в качестве базовой информации, был разработан национальный план сектора здравоохранения, позволяющий управлять процессами планирования, адвокации и оценки достижений. Всемирный Банк оказал финансовую поддержку проекту ППМР, а ЕС – проекту поддержки сектора здравоохранения. Также, в наличии были фонды для срочных нужд, из которых был профинансирован проект их неотложной акушерской помощи в 2006 и 2007 гг.

Ограничения включают недостаточные национальные инвестиции в базовые социальные услуги и реструктуризацию экономики. Значительными пробелами, препятствующими получению пользы от медицинской помощи, явились: ограниченный географический доступ в сельских районах (особенно на севере и западе), который ограничивал присутствие международных неправительственных организаций (НПО), низкий потенциал местных НПО, и малая доля участия частного сектора (за исключением некоторых представительств и аптек).

Трудовые ресурсы в секторе здравоохранения оказались весьма ограничены. Имеющиеся сотрудники получают низкую зарплату и слабо мотивированы, а новые сотрудники нанимаются без учета критериев отбора, что приводит к низкому качеству медицинской помощи и общему невысокому потенциалу поставщиков услуг. Эти условия усугубляются отсутствием расходных материалов медицинских учреждениях. Медицинское обслуживание является дорогостоящим для большинства бедного населения из-за требований со-финансирования лечения и неформальных платежей.

## Стратегическая рамка

Стратегические принципы и подходы, заложенные в «дорожной карте», включают договоренность о едином лидере (Министерство здравоохранения), едином национальном плане и единой системы мониторинга и оценки в области выживаемости матерей и детей. Все это способствует интеграции «дорожной карты» по обеспечению здоровья матерей и новорожденных в национальный план развития и региональную стратегию. Для реализации этого процесса необходимо достичь согласия всех заинтересованных сторон в отношении минимального набора услуг и применения инструментов, основанных на принципах доказательной медицины. Для более активного включения общества и частного сектора в планирование и оказание услуг предлагается обеспечить партнерство с ООН и двусторонними/многосторонними учреждениями и провести разделение зон ответственности (географически, технически, по финансированию).

В краткосрочной перспективе (в течение 2007 г.) основное внимание будет сосредоточено на вопросах планировании семьи, национальных кампаниях по иммунизации и разработке «дорожной карты» для ЦРТ-4 и ЦРТ-5. В среднесрочной перспективе (2007–2009 гг.) усилия будут направлены на улучшение городских и, прилегающих к городам, районных служб здравоохранения. Будет уделено особое внимание повышению качества, увеличению охвата населения и доступности основных услуг в области акушерства и неонатологии; продвижение жизненно-важных видов помощи, осуществляемых на базе сообществ; доступность и качество основных расходных материалов. В отдаленной перспективе (2009–2013 гг.) внимание будет перенаправлено на оживление системы здравоохранения в сельской местности, с развитием минимального набора услуг для сельских областей, созданием аутрич и мобильных программ для охвата отдаленных поселений и продвижение практик улучшения здоровья в семьях и доступа к основным расходным материалам.

## Резюме и обсуждение

Конго, являясь страной с низким достатком, 70% населения которой проживает менее, чем на 1 доллар США в день, работает над созданием плана действий по улучшению обслуживания матерей и младенцев. Этот план направлен на преодоление высокой материнской смертности в стране (достигающей 781 случаев материнской смертности на 100 000 живорождений; причинами 40% смертей являются акушерские кровотечения).

При обсуждении причин такой высокой материнской смертности в стране, где значительная доля родов проходит при участии квалифицированного персонала (86%), был поднят вопрос о чувствительности показателя «роды при помощи квалифицированного персонала» в отношении точного отражения процессов снижения риска материнской смертности. При обсуждении была отмечена необходимость помощи странам в разработке навыков оценки информации в более широком контексте сексуального и репродуктивного здоровья, что позволит странам более качественно выявлять источники риска материнской смертности матерей и разрабатывать меры по их снижению. К таким вопросам относятся доступ к комплексной неотложной акушерской помощи (при частоте проведения кесарева сечения – 3%) и такие факторы риска, как высокий паритет (ОКФ = 4,8) и низкая распространенность применения контрацептивных средств (13%, из которых 10% составляют презервативы).

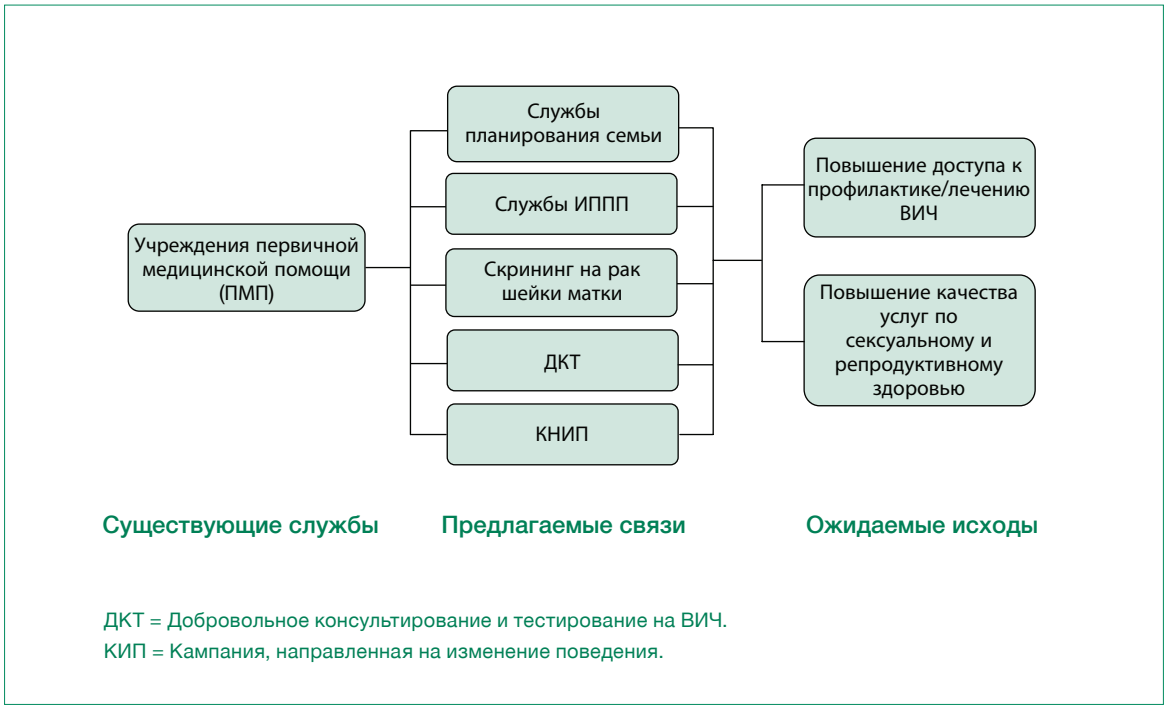
# Приложение 3. Предполагаемые индикаторы взаимосвязей между сексуальным и репродуктивным здоровьем и вич-инфекцией на уровне предоставления медицинских услуг

Представленные ниже мероприятия, присущие службам здравоохранения, разработаны для мониторинга взаимосвязей, свойственным этим службам, с учетом компонентов этих служб, как показано на Рис. А3.1–А3.3).

Для учреждений **первичной медицинской помощи** (Рис. А3.1) можно использовать следующие индикаторы:

- доля учреждений первичной медицинской помощи, предлагающих услуги по планированию семьи, включая консультирование в области ВИЧ-инфекции и использованию презервативов, а также, связанное с ВИЧ-инфекцией, лечение или направление в другие службы;
- доля учреждений первичной медицинской помощи, обеспечивающих консультирование, диагностику и лечение ИППП или направление в другие службы;
- доля учреждений первичной медицинской помощи, продвигающих/предоставляющих помощь по изменению поведения;
- доля пациентов, посещающих учреждения первичной медицинской помощи, получающих услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая консультирование и лечение при ВИЧ-инфекции, или направления в другие службы;
- доля сотрудников служб первичной медицинской помощи, прошедших обучение по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, включая консультирование и лечение при ВИЧ-инфекции.

**Рисунок А3.1. Учреждения первичной медицинской помощи**




ДКТ = Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ.
КИП = Кампания, направленная на изменение поведения.

Для служб по **планированию семьи** (Рис. А3.2) можно использовать следующие индикаторы:

- доля учреждений, оказывающих услуги по планированию семьи, предоставляющих консультирование, диагностику и лечение ВИЧ или направление в другие службы;
- доля клиентов служб планирования семьи, получивших консультирование в области ВИЧ-инфекции, которым было проведено тестирование, лечение или направление в другие службы;
- доля лиц, пользующихся какими-либо методами планирования семьи, для которых использование презервативов является приемлемым (либо – с целью планирования семьи, либо – для профилактики ИППП или ВИЧ-инфекции);
- доля посетителей учреждений по планированию семьи, с которыми была проведена коммуникация, направленная на изменение поведения;
- доля посетителей учреждений планирования семьи, которым было проведено консультирование, лечение или направление в другие службы по поводу ИППП;
- доля посетителей учреждений по планированию семьи, прошедших консультирование, лечение или направленных в другие службы по поводу бесплодия;
- доля ВИЧ-положительных женщин, у которых потребность в планировании семьи не была удовлетворена.

Для служб **дородового наблюдения и родовспоможения** можно использовать следующие индикаторы:

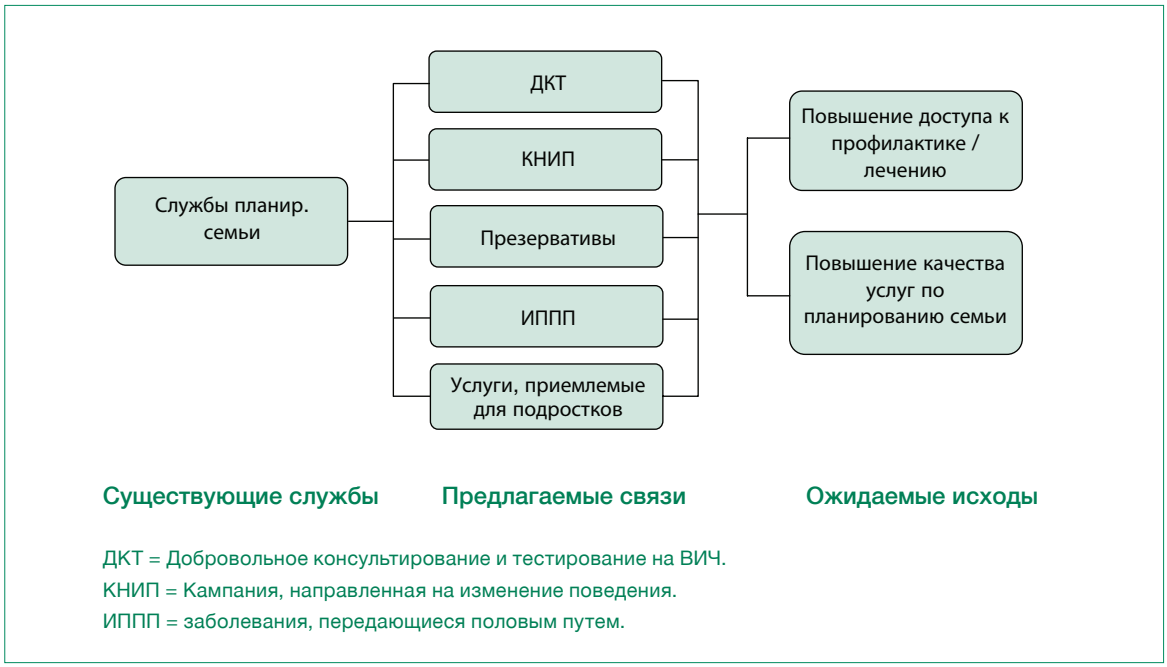
- доля служб дородового наблюдения и родовспоможения, продвигающих четырехкомпонентный подход[a] к профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (ППМР);
- доля женщин, пользующихся услугами учреждений дородовой помощи и родовспоможения, которые получили консультацию и лечение по поводу ИППП, при этом, в комплекс мероприятий была включена соответствующая работа с партнером (партнерами) пациентки, т.е., его (их) консультирование, обследование и лечение по поводу ИППП.

Для **услуг в послеродовом периоде** можно использовать следующие индикаторы:

- доля учреждений, осуществляющих помощь роженицам в послеродовом периоде, проводящих консультирование и предлагающих различные методы планирования семьи, в том числе презервативы;

[a] Программные связи ППМР включают: (1) первичную профилактику ВИЧ-инфекции у женщин; (2) профилактику нежеланных беременностей у женщин, инфицированных ВИЧ; (3) профилактику передачу ВИЧ от инфицированных матерей их младенцам; (4) обеспечение лечения и ухода и поддержки матерям, инфицированным ВИЧ, их младенцам и семьям.

**Рисунок А3.2. Службы планирования семьи**




ДКТ = Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ.
КНИП = Кампания, направленная на изменение поведения.
ИППП = заболевания, передающиеся половым путем.

- доля посетителей учреждений, обеспечивающих охрану здоровья женщин в послеродовом периоде, получивших консультирование по поводу ВИЧ, и направленных на обследование и лечение.

Для **учреждений, оказывающих помощь после абортов и проводящих аборты**, можно использовать следующие индикаторы:

- доля женщин, получивших помощь после аборта, которым проведено консультирование и предложены методы планирования семьи и презервативы;
- доля женщин, получивших помощь после аборта, которым проведено консультирование и дано направление для диагностики и лечения по поводу ИППП/ВИЧ.

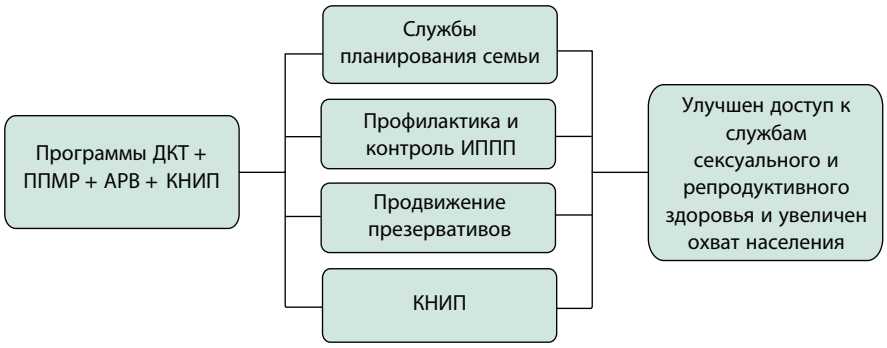
Для программ по профилактике и контролю **ИППП/ИРТ**, можно использовать следующие индикаторы:

- доля учреждений, оказывающих услуги по поводу ИППП, проводящих консультирование и обследование на ВИЧ-инфекцию;
- доля учреждений, оказывающих услуги по поводу ИППП, продвигающих коммуникацию, направленную на изменение поведения (КНИП);
- доля посетителей учреждений, оказывающих услуги по поводу ИППП, получивших консультирование по планированию семьи и презервативы.

Для **служб по профилактике, лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе** (Рис. А3.3) можно использовать следующие индикаторы:

- доля учреждений по профилактике, лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе, предлагающих презервативы;
- доля учреждений по профилактике, лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе, в которых используются материалы по КНИП;
- доля ВИЧ-позитивных пациентов, прошедших лечение и консультирование по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья и правам, в том числе, по вопросам планирования семьи;
- доля учреждений, оказывающих услуги в области ВИЧ/СПИДа, предлагающих диагностику и лечение ИППП.

**Рисунок А3.3. Службы по профилактике, лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе**




ДКТ = Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ.
ППМР = Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.
АРВ = Антиретровирусная терапия.
КНИП = Коммуникация, направленная на изменение поведения.
ИППП = Инфекции, передающиеся половым путем.

# Приложение 4. Терминология

## *Сексуальное и репродуктивное здоровье*

На МКНР сексуальному и репродуктивному здоровью было дано следующее определение:

> *Состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов.*

## *Всеобщий доступ к репродуктивному здоровью*

Предложенное определение «всеобщей доступ к сексуальному и репродуктивному здоровью» может быть следующим.

Равные возможности доступа к репродуктивному здоровью для всех людей, в соответствии с их потребностями в своевременном предоставлении информации, диагностики заболеваний, лечении и уходе, на протяжении всего репродуктивного периода жизни. Это позволит людям получить возможность, независимо от возраста, пола, социального положения, места проживания или этнической принадлежности:

- свободно принимать решение о том, когда и сколько иметь детей, а также об отсрочке или предупреждении беременности;
- зачать ребенка , иметь безопасные роды, а также, растить здоровых детей и проводить лечение бесплодия;
- проводить профилактику, диагностику и лечение инфекций репродуктивного тракта и ИППП, включая ВИЧ/СПИД, а также, другие заболевания репродуктивной сферы, такие как рак и
- получать удовольствие от здоровой, безопасной и приносящей удовлетворение сексуальной жизни, которая благоприятно влияет на качество жизни и личные взаимоотношения.

## *Медицинская помощь в сфере репродуктивного здоровья в контексте первичной медицинской помощи и МКНР*

Ниже перечислены услуги в сфере репродуктивного здоровья, которые должны быть доступны на уровне первичной медицинской помощи. Эти предназначены, в первую очередь, для удовлетворения потребностей женщин, но, также, должны быть доступны и мужчинам (включая подростков и пожилых людей), при необходимости – с предоставлением направлений в другие службы или к узким специалистам. Эти услуги должны отвечать следующим потребностям:

- консультации по планированию семьи, информирование, обучение, коммуникация, обслуживание;
- услуги дородовой помощи и обучение, безопасные роды и послеродовая помощь, особенно, по вскармливанию и уходу за новорожденным, а также, охрана здоровья женщин;
- профилактика и необходимое лечение бесплодия;
- предупреждение небезопасных абортов и лечение их последствий;
- диагностика и лечение ИРТ, ИППП и других патологий репродуктивной сферы, таких, как рак половых органов;
- информирование, обучение и консультирование (при необходимости) в отношении сексуальной жизни человека, репродуктивного здоровья и ответственного родительства; и
- активное выступление против вредоностных практик, таких, как увечье женских гениталий, а также, меры противодействия сексуальному насилию.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 5. ПОВЕСТКА ДНЯ

**Вторник, 13 марта, 2007 года**

| Время | Описание | Фасилитатор |
|---|---|---|
| 09: 00 – 09: 30 | Вступление | М. Мбизво<br>Х. Белхадж |
| 09: 30 – 10: 00 | История развития<br>Цели/ожидаемые результаты | М. Мбизво/Л.Сэй |
| 10: 00 – 10: 30 | “Всеобщий доступ к репродуктивному здоровью» к рамках программы «Цели развития тысячелетия» | С. Бернштейн |
| 10: 30 – 11: 00 | Перерыв | |
| 11: 00 – 12: 00 | Международные цели/индикаторы – в контексте стран: вопросы для рассмотрения:<br>Обсуждение и рекомендации | В. Ли<br>М. Теммерман |
| | Обед | |
| 14: 00 – 15: 00 | Сексуальное и репродуктивное здоровье и медицинская помощь (так как это было представлено на МКНР)<br>Обсуждение и рекомендации | Л. Сэй |
| 15: 00 – 15: 30 | Социальные и контекстуальные детерминанты сексуального и репродуктивного здоровья<br>Обсуждение и рекомендации | С. Маларчер |
| 15: 30 – 16: 00 | Перерыв | |
| 16: 00 – 17: 30 | Услуги медицинской помощи: доступ/всеобщий доступ/равный доступ<br>Обсуждение и рекомендации | М. Годдард |

**Среда 14 марта, 2007 года**

| Время | Описание | |
|---|---|---|
| 09: 00 – 09: 30 | Обзор работы предыдущего дня – предложенная структура программы измерения доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью<br>Подготовка выступления рабочих групп | Фасилитатор |
| 09: 30 – 10: 30 | Рабочие группы:<br>Индикаторы состояния здоровья<br>Индикаторы медико-санитарной помощи<br>Контекстуальные (структурные) индикаторы | Все |
| 10: 30 – 12: 00 | Выступления рабочих групп – продолжение | Все |
| | Обед | |
| 14: 00 – 15: 30 | Отчет рабочих групп<br>Обсуждение и рекомендации | Все |
| 15: 30 – 16: 00 | Перерыв | |
| 16: 00 – 17: 30 | Отчет рабочих групп<br>Обсуждение и рекомендации | Все |

**Четверг, 15 марта, 2007года**

| Время | Описание | |
|---|---|---|
| 09: 00 – 09: 30 | Обзор работы предыдущего дня – система измерения доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью<br>Обсуждение и рекомендации | Фасилитатор |
| 09: 30 – 10: 30 | Предоставление услуг репродуктивного здоровья в развивающихся странах (пример Конго) – содействующие факторы и препятствия<br>Обсуждение и рекомендации | Р. Дакам-Нгатчу |
| 10: 30 – 11: 00 | Перерыв | |
| 11: 00 – 11: 30 | Применимость для программ на страновом уровне – вопросы для обсуждения<br>Обсуждение и рекомендации | И. Гебре |
| 11: 30 –12: 00 | Руководство/поддержка для стран в отношении мониторинга (и планирования вмешательств по ускорению) достижения всеобщего доступа<br>Обсуждение и рекомендации | Фасилитатор |
| | Обед | |
| 14: 00 – 15: 00 | Связи между сексуальным и репродуктивным здоровьем и ВИЧ – предполагаемые индикаторы<br>Обсуждение и рекомендации | М. Мбизво |
| 15: 00 – 16: 00 | Последующие действия<br>Заключение | Все |

# Приложение 6. Список участников

## ВРЕМЕННЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ

**Д-р Сайфуддин Ахмед, США**
Департамент народонаселения, семьи и репродуктивного здоровья
Школа общественного здравоохранения Джона Хопкинса и Блумберга
615 North Wolfe Street, Room W4030
Baltimore, MD 21205
USA

**Д-р Кристина Алварез, Испания**
Medicus Mundi Catalunya
Ap Correos 419
Rubi 08191
Barcelona
Spain

**Д-р Хйам Башур, Сирия**
Департамент семьи и муниципальной медицины
Медицинский факультет Дамасского университета
PO Box 9241
Damascus
Syria

**Д-р Стюарт М. Берман, США**
Отдел эпидемиологического надзора
Отдел профилактики ИППП
Центр контроля и профилактики болезней
Atlanta, GA 30333
USA

**Г-н Джон Клеланд, Великобритания**
Центр изучения популяций
Лондонская школа гигиены и тропической медицины
49–51 Bedford Square
London, WC1B 3DP
United Kingdom

**Д-р Алекс Чека Эзех, Кения**
Африканский исследовательский центр по населению и здоровью
Shelter Afrique Building, 2nd Floor
PO Box 10787, 00100 GPO
Nairobi
Kenya

**Д-р Йитадес Гебре, Багамские острова**
Управление надзора здравоохранения и контроля болезней ПАОЗ/ВОЗ Багамских островов и островов Теркс и Кайкос
Nassau
Bahamas

**Д-р Мария Годдард, Великобритания**
Центр экономики здравоохранения
Университет Йорка
Heslington
York, YO10 5DD
United Kingdom

**Д-р Вирджиния Ли, США**
Дисциплины общественного здравоохранения
Школа общественного здравоохранения при Калифорнийском университете в Лос-Анджелесе
17368 Sunset Blvd
PH2
Pacific Palisades
CA 90272
USA

**Д-р Энтони Мбони, Уганда**
Отдел репродуктивного здоровья
Департамент общественного здравоохранения
Министерство здравоохранения
PO Box 7272
Kampala
Uganda

**Д-р Аффетт Мак-Ко-Биннз, Ямайка**
Университет Вест-Индии
Департамент общественного здравоохранения и психиатрии
3 Gibraltar Camp Way
Mona, Kingston 7
Jamaica

**Д-р Виттал Могасэйл, Индия**
Международная организация здоровья семьи, Индия
501–505, Balarama, Near Sales Tax Office
Bandra Kurla Complex, Bandra (East)
Mumbai, 400051
India

**Д-р Стифен П. Мунджанйа, Зимбабве**
Департамент акушерства и гинекологии Университета Зимбабве
152 Baines Avenue
Harare
Zimbabwe

**Д-р Альберт Палони, США**
Центр демографии и экологии
Университет Висконсин-Мэдисон
4437 Social Science Bldg
1180 Observatory Drive
Madison, WI 53706
USA

**Д-р Махеш Пури**
Центр исследований здоровья и окружающей среды и деятельности в области народонаселения
Kusunti, Lalitpur
PO Box 9626
Kathmandu
Nepal

**Д-р Марлин Теммерман, Бельгия**
Департамент акушерства
Университетская клиника в Генте
Факультет медицинских наук
De Pintelaan 185
9000 Ghent
Belgium

DFID
**Г-жа Сандра Макдонаг, Великобритания**
Отдел по вопросам политики
Департамент международного развития
1 Palace Street
London, SW1E 5HE
United Kingdom

FHI
**Д-р Уорд Гейтс, США**
Международная организация «Здоровье семьи»
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
USA
IPAS

**Д-р Джоан Хиали, США**
IPOS
Отдел по совершенствованию обучения и обслуживания
PO Box 5027
Chapel Hill, NC 27514
USA

IPPF

**Д-р Ноно Симелела, Великобритания**
Техническая информация и поддержка
Международная федерация планирования семьи
4 Newhams Row
London, SE1 3UZ
England

MEASURE EVALUATION

**Д-р Шйан Куртис, США**
Университет северной каролины в Чапал Хилл
Центр народонаселения Каролины
CB#8120, 123 Franklin Street, Suite 304
Chapel Hill, NC 27516-3997
USA

ПРОГРАММА РАЗВИТИЯ ООН (ПРООН)

**Д-р Васанта Кандийа, США**
Отдел рождаемости и планирования семьи
Отдел народонаселения
DC2-1970, United Nations
New York, NY 10017
USA

**Д-р Жозе Антонио Ортега, США**
Отдел рождаемости и планирования семьи
Отдел народонаселения
DC2-1970, United Nations
New York, NY 10017
USA

ЮНФПА

**Д-р Хедия Белхадж, США**
Фонд народонаселения ООН
220 East 42nd St
New York, NY 10017
USA

**Г-н Стан Берштейн, США**
Отдел технической поддержки Фонда народонаселения ООН
220 East 42nd St
New York, NY 10017
USA

**Г-н Хафед Шекир, Израиль**
Фонд ООН в области народонаселения
Old Nablus Road Sheik Jarrah
POB 67149
Jerusalem 91517
Israel

**Г-н Ричард Дакам-Нгатчу, Конго**
Фонд народонаселения ООН
Avenue Kalemie 20
Boulevard du 30 juin
BP 7248
Kinshasa 1
Democratic Republic of Congo

ВСЕМИРНЫЙ БАНК

**Д-р Самюэль Миллз, США**
Всемирный Банк
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433
USA

СЕКРЕТАРИАТ ВОЗ

**Департамент репродуктивного здоровья и исследований**
Д-р Майк Мбизво
Д-р Лэйли Сэй
Г-жа Джэйн Коттингэм
Г-жа Эсзтер Кисмоди
Г-жа Шон Маларчер
Д-р Икбал Шах

ДРУГИЕ ДЕПАРТАМЕНТЫ ВОЗ

**Программа «Обеспечение безопасной беременности»**
Д-р Ана Пиар Бетран

**Здоровье и развитие детей и подростков**
Д-р Кришна Боуз