Дети – это будущее нашего общества, а их матери являются хранителями этого будущего. Однако в этом году почти 11 млн. детей в возрасте до пяти лет умрут от причин, которые в значительной степени поддаются предупреждению. Среди них 4 млн. младенцев, которые не выживут в течение первых месяцев жизни. В добавление к этому, 3,3 млн. младенцев родятся мертвыми. В то же время около половины миллиона женщин умрут во время беременности, родов или вскоре после этого.

В *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г., – Не оставим без внимания каждую мать, каждого ребенка*, опубликованном Всемирной организацией здравоохранения, изучается, почему эти случаи смерти продолжают происходить в таких масштабах и как уменьшить ежегодное число этих жертв. Доклад содержит как экспертный анализ препятствий для прогресса в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, так и полную серию рекомендаций, направленных на их преодоление. В нем говорится, что сегодня уже существуют мероприятия для изменения жизни миллионов матерей и детей и предотвращения миллионов трагически преждевременных случаев смерти.

Для того чтобы положить конец широко распространенному исключению, страны должны гарантировать доступ к помощи для каждой матери и каждого ребенка посредством континуума услуг, простирающегося от беременности, родов, неонатального периода до детского возраста. В докладе делаются подробные прогнозы таких усилий и соответствующих расходов, необходимых для увеличения масштабов деятельности в направлении обеспечения всеобщего доступа в течение предстоящего десятилетия.

Всеобщий доступ для матерей и детей требует таких систем здравоохранения, которые смогут удовлетворять потребности и запросы населения, а также обеспечивать для них защиту от финансовых трудностей, возникающих в результате плохого состояния здоровья. Чтобы сделать это возможным, необходимо увеличить инвестиции в системы здравоохранения и в людские ресурсы для здравоохранения. В докладе утверждается, что здоровье матерей, новорожденных и детей должно занять центральное место в обеспечении права на здоровье, защищаемого и финансируемого из государственных средств и посредством систем медико-социального страхования.

Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г. имеет важное значение для всех тех, кто заинтересован в улучшении здоровья каждой матери, каждого новорожденного и каждого ребенка и в обеспечении к ним внимания.

Краткий обзор

Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г.

Не оставим без внимания каждую мать, каждого ребенка

Всемирная организация здравоохранения

Краткий обзор

Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г.

Не оставим без внимания каждую мать, каждого ребенка

Всемирная организация здравоохранения

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

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

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

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

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

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

Послание Генерального директора

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

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

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

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

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

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

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

L. Taylor/WHO

Краткий обзор

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

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

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

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

НЕРАВНОМЕРНЫЙ ПРОГРЕСС И УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗЛИЧИЙ – ЧТО ДЕЛАЛОСЬ НЕПРАВИЛЬНО?

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

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

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

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

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

ДЕЛАТЬ ПРАВИЛЬНЫЙ ТЕХНИЧЕСКИЙ И СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ВЫБОР

Нет сомнений в том, что имеются технические знания для реагирования на многие, если не на большинство серьезных проблем и опасностей в области здравоохранения, которые влияют на здоровье и выживание матерей, новорожденных и детей. Стратегии, с помощью которых домашние хозяйства и системы здравоохранения совместно могут обеспечить реализацию этих технических решений для всех в правильном месте и в надлежащее время, также становятся все более четкими.

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

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

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

Отсутствие помощи для женщин в послеродовой период является также отсутствием помощи для новорожденного. Хотя картина неудовлетворенных потребностей новорожденных по-прежнему является очень неполной, она свидетельствует о том, что проблемы здоровья новорожденных не получают должного внимания и недостаточно оцениваются. Как представляется, оказание помощи новорожденным младенцам попадает в промежуток между программами безопасного материнства, с одной стороны, и инициативами выживания ребенка, с другой. Смертность новорожденных является заметной долей смертности

детей в возрасте до пяти лет. Очевидно, что ЦТР в отношении детской смертности не будут достигнуты без существенных достижений для новорожденных. Несмотря на то, что в мире произошел незначительный спад неонатальной смертности (например, вакцинация развивается достаточно хорошо, чтобы ликвидировать столбняк в качестве причины неонатальной смерти), в некоторых странах, расположенных к югу от Сахары, произошла обратная тенденция, которая является как необычной, так и вызывающей беспокойство.

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

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

Комплексное ведение детских болезней (КВДБ) объединяет группу эффективных мероприятий для предотвращения смерти и улучшения здорового роста и развития. Являясь большим, чем простое добавление множества мероприятий к одному каналу оказания услуг, КВДБ изменило то, как системы здравоохранения относятся к оказанию помощи детям, и вышло за пределы просто лечения болезней. КВДБ имеет три компонента: улучшение навыков работников здравоохранения для лечения болезней и оказание консультативной помощи семьям, укрепление поддержки со стороны системы здравоохранения, а также оказание помощи семьям и общинам в обеспечении здорового развития детей и преодоления плохого состояния здоровья в тех случаях, когда оно возникает. Таким образом, КВДБ вышло за пределы традиционного понятия медицинского центра, обеспечивающего определенный набор технических мероприятий для обслуживаемого им населения. Оно приближает помощь к дому, улучшая в то же время связи со специалистами и больничной помощью; сейчас задача состоит в том, чтобы предоставить КВДБ для всех семей, имеющих детей, и создать такие условия, чтобы они могли получать такую помощь, когда она необходима.

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

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

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

Для оказания помощи матерям и новорожденным всеобщий доступ является еще более отдаленным. Можно предусмотреть различные сценарии увеличения услуг, учитывая конкретные обстоятельства в каждой из тех же 75 стран. В настоящее время приблизительно 43% матерей и новорожденных получают некоторую помощь, но ни в коей мере весь диапазон того, в чем они нуждаются, хотя бы только для того, чтобы избежать случаев материнской смерти. Осуществление оптимистичных, но также реалистичных сценариев для каждой из 75 стран обеспечит доступ ко всему пакету помощи первого уровня и поддерживающей помощи в 2015 г. 101 миллиону матерей (приблизительно 73% ожидаемых рождений) и их младенцам. Если эти сценарии будут осуществлены, ЦТР в отношении здоровья матерей не будут достигнуты в каждой стране, но во всем мире будет происходить сокращение материнской и перинатальной смертности. Расходы на осуществление этих 75 страновых сценариев составят порядка 39 млрд. долл. США в дополнение к нынешним расходам. Это соответствует увеличению на 3% в 2006 г. и достижению 14% за ряд лет нынешнего среднего уровня государственных расходов на здравоохранение в этих странах. В 20 странах, имеющих в настоящее время самый низкий охват и сталкивающихся с наибольшими препятствиями, нынешние государственные расходы на здравоохранение должны увеличиться на 7% в 2006 г. и достичь 43% в 2015 году.

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

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

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

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

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

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

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

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

РЕЗЮМЕ ГЛАВ

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

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

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

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

возрасте до пяти лет быстро снижается. В следующей группе из 51 страны, где проживает 48% от общей численности мирового населения, наблюдается более слабый прогресс: они смогут достичь ЦТР только в том случае, если темпы этого прогресса существенно увеличатся. Еще большую тревогу вызывает ситуация в 43 странах, в которых проживают остальные 12% от общей численности мирового населения, где показатель смертности среди детей в возрасте до пяти лет, с которого приходится начинать работу, высокий или очень высокий, и в настоящее время сохраняется на этом же уровне или даже повышается.

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

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

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

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

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

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

Глава 3. Большие надежды: обеспечение безопасной беременности

В этой главе рассматриваются три самых важных способа, с помощью которых можно улучшить исход беременности: обеспечение хорошей дородовой помощи, применение надлежащих методов профилактики и лечения последствий нежелательной беременности и улучшение ухода за беременными женщинами в целом.

Примером успеха является дородовая помощь: охват населения в мире в 1990-е годы увеличился на 20% и продолжает увеличиваться в большинстве регионов мира. Стремление обеспечить хороший исход беременности привело к тому, что женщины стали самой крупной группой населения, которая активно пользуется медико-санитарными услугами. Дородовая помощь дает возможность пользоваться не просто медико-санитарной помощью, связанной с беременностью, – она дает гораздо больше. В настоящее время потенциальные возможности содействия здоровому образу жизни используются недостаточно, так же как недостаточно используется и система дородовой помощи в качестве платформы для разработки программ по решению проблем неправильного питания, ВИЧ/СПИДа и инфекционных болезней, передаваемых половым путем, малярии и туберкулеза и по расширению практики планирования семьи.

Дородовые консультации являются идеальным случаем для составления соответствующих планов в связи с рождением ребенка, которые могли бы обеспечить безопасные условия принятия родов и оказать помощь матерям в подготовке к выполнению своих родительских функций. В этой главе излагаются основные направления работы на будущее, включая необходимость повышения качества медико-санитарного обслуживания и дальнейшего увеличения охвата.

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

Количество случайной, не рассчитанной по времени или нежелательной беременности составляет, по оценкам, 87 миллионов в год. Для предупреждения нежелательной беременности – хотя предупредить все случаи такой беременности не сможет никакая политика в области планирования семьи – все еще нужны огромные инвестиции в контрацепцию, информацию и просвещение, потребности в которых все еще не удовлетворены. Более половины женщин этой категории – 46 миллионов в год – прибегают к искусственному аборту: из них 18 миллионов делают это в небезопасных условиях, что представляет собой крупнейшую проблему общественного здравоохранения. Вместе с тем, можно избежать всех этих 68 000 случаев смерти, а также инвалидности и страданий, которые являются следствием небезопасных абортов. И это не только вопрос о том, каким образом та или иная страна устанавливает, какое действие является законным, а какое нет, но и о том, каким образом гарантировать женщинам доступ, допускаемый в максимальной степени законом, к системе преждевременного прекращения беременности и послеоперационного ухода хорошего качества, которое чутко реагирует на нужды пациентов.

Глава 4. Оказание помощи при родах 136 миллионам женщин ежегодно

В этой главе анализируются серьезные осложнения при родах и основные причины материнской смертности. Непосредственные причины материнской смертности включают: кровотечение, инфекцию, эклампсию, наличие механического препятствия прохождению плода и небезопасный аборт. Рождение ребенка – это момент большого риска, однако во многих ситуациях более половины случаев материнской смертности имеют место в послеродовой период. Для того чтобы предотвратить как можно большее число случаев смерти и долговременной инвалидности, связанной с родами, существуют эффективные меры. Успешная практика снижения материнской смертности и смертности но-

ворожденных свидетельствуют о том, что квалифицированная профессиональная помощь в ходе и после родов может изменить ситуацию и спасти от смерти как женщин, так и их новорожденных. Это справедливо и в обратном случае: нарушение доступа к квалифицированной помощи может быстро привести к увеличению случаев неблагоприятного исхода.

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

Глава 5. Новорожденные: не оставлять их больше без внимания

До недавнего времени реальные усилия по решению конкретных проблем со здоровьем новорожденных практически не прилагались. Отсутствие преемственности между программами по охране здоровья матери и ребенка приводит к тому, что оказание помощи новорожденным осталось без внимания.

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

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

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

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

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

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

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

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

В этой последней главе рассматривается место охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка в более широком контексте развития системы здравоохранения. Сегодня вопросы здоровья матери и ребенка уже обсуждаются не с

чисто технической точки зрения, а в качестве более широкого круга вопросов, касающихся универсального доступа. Это переводит данную работу в плоскость чисто политического проекта: удовлетворение спроса общества на охрану здоровья своих граждан и доступа к медико-санитарной помощи – спроса, который все чаще и чаще рассматривается как правомерный.

Всеобщий доступ требует достаточно плотной сети медико-санитарной помощи для обслуживания населения. Важнейшая задача заключается в том, чтобы обеспечить контингент работников здравоохранения, требуемый для расширения масштабов. Наиболее заметными характеристиками кризиса в отношении контингента работников здравоохранения во многих странах являются серьезная нехватка и несбалансированность в распределении кадров здравоохранения. Заполнение этих пробелов будет оставаться серьезной проблемой на предстоящие годы. Проблема отчасти заключается в необходимости найти устойчивые способы конкурентоспособного вознаграждения и комплекс стимулов, которые могли бы привлекать, мотивировать и удерживать компетентных и продуктивных работников здравоохранения. Во многих странах, где прогресс на пути к достижению Целей тысячелетия в области развития является неудовлетворительным, необходимо срочно и существенно увеличить вознаграждение работников здравоохранения, что представляет собой такую проблему, которую многие развивающиеся страны не могут решить в одиночку.

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

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