Всемирная организация здравоохранения
Европейский регион

UNFPA

СИТУАЦИЯ С

акушерскими кадрами

в Восточной Европе и Центральной Азии

Фото: © ЮНФПА Узбекистан

Содержание

Выражение признательности 4

Сокращения и аббревиатуры 5

Предисловие 6

Краткое содержание 9

1. Введение 15

2. Наличие акушерских кадров, 2020–2030 гг. 27

Определение акушеров(-ок) и других работников СРМНПЗ 27

Потребность в акушерках и других работниках СРМНПЗ 28

Текущее наличие и состав работников 29

- Количество работников СРМНПЗ в регионе 29
- Текущее наличие акушеров(-ок), медсестер и врачей СРМНПЗ 30
- Способность работников удовлетворять потребности в жизненно важных вмешательствах 36
- Прогнозируемые потребности, спрос и предложение 39
- Влияние COVID-19 на услуги и работников СРМНПЗ 42

3. Проблемы, затрагивающие акушеров(-ок) в Восточной Европе и Центральной Азии 49

Образование акушеров(-ок) 49

Политический и нормативный климат 56

Прочие основные проблемы и трудности акушерского дела в регионе 63

4. Акушеры(-ки): жизненно важные инвестиции 65

Положительное влияние акушеров(-ок) 68

Рекомендации по развитию акушерского дела в регионе 71

5. Профили стран и территорий 75

Термины 94

Технические вопросы 98

Сноски 102

Выражение признательности

Настоящий доклад составлен по заказу Офиса Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в Восточной Европе и Центральной Азии (EECARO) при финансовой поддержке Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Главными координаторами со стороны ЮНФПА выступили Тамар Хомасуридзе, Теймур Сеидов и Луис Бергстранд, при поддержке Гохан Йылдырымкая. Главным координатором от Всемирной организации здравоохранения является Олег Кузьменко. Ведущие авторы и исследователи: Андреа Нове, Мартин Бойс и Кирсти Хью из компании Novametrics Ltd.

Настоящий доклад во многом опирается на методологию, разработанную для доклада «*Состояние акушерского дела в мире, 2021 г.*», составлением которого совместно занимались ЮНФПА, Всемирная организация здравоохранения и Международная Конфедерация акушерок (МКА). Мы признаем вклад этих организаций и всех остальных, кто участвовал в разработке оригинальной методологии.

Мы с благодарностью отмечаем вклад сотрудников национальных представительств ЮНФПА, профессиональных ассоциаций акушеров (-ок) и всех остальных, кто участвовал в сборе и проверке данных, в частности:

Азербайджан: Фарид Бабаев, Рамиз Гусейнов
Беларусь: Ольга Атрощенко, Александр Давиденко
Босния и Герцеговина: Энида Имамович, Далибор Пейович, Аида Пилав, Сладана Силияк
Грузия: Наталья Хачидзе, Геги Матарадзе, Лия Микаберидзе
Кыргызстан: Азамат Баялинов, Нургуль Сманкулова, Гульнара Ваисканова
Северная Македония: Йованка Брайович Григориевич, Афродита Шалия-Плавянска, Ирена Спирковска
Республика Молдова: Нигина Абасзаде, Евгения Берзан, Камолхон Иномходжаев (в качестве прикомандированного сотрудника), Наталия Плугару, Виолета Препелита
Сербия: Борка Йеремич, Невена Сович, Ивана Великов
Таджикистан: Хурсед Иргитов, Ибрагимова Зарина Курбоналиевна, Наргиз Рахимова, Равшан Тохиров, Махуна Захидова
Турция: Гохан Йылдырымкая, Бурчу Юртсал
Туркменистан: Кемал Гошлиев, Айна Сеитлиева
Украина: Богдан Пидвербетский, Павло Замостян
Узбекистан: Наргиза Фузаилова, Альбина Садуллаева
Для отделения ЮНФПА в Косово*: Магбуле Элези, Зарифе Мифтари

** Все упоминания Косово в данном документе следует понимать в контексте резолюции 1244 СБ ООН (1999 г.). [1]*

Сокращения и аббревиатуры

АП	антенатальная помощь
БНАНП	базовая неотложная акушерская и неонатальная помощь
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОУЗ	всеобщий охват услугами здравоохранения
ВПС	внутриматочное противозачаточное средство
ЕС	Европейский Союз
ЕЭК	Европейская экономическая Комиссия ООН
КМС	коэффициент материнской смертности
КНС	коэффициент неонатальной смертности
КР	квалифицированное родовспоможение
МСР	медико-санитарный работник
МКА	Международная Конфедерация акушерок
МКНР	Международная Конференция по народонаселению и развитию
НПК	непрерывное повышение квалификации
НСП	насилие над сексуальным партнером
ООН	Организация Объединенных Наций
ПП	постнатальная помощь
ПУП	потенциально удовлетворенная потребность
РСК	распространенность современных контрацептивов
САДвМ	доклад «Состояние акушерского дела в мире»
СИЗ	средства индивидуальной защиты
СРМНПЗ	сексуальное и репродуктивное здоровье и здоровье матерей, новорожденных и подростков
ТАПС	Таджикская ассоциация планирования семьи
ЭЧС	эквивалент чистого СРМНПЗ
ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ShMAKS	Ассоциация акушерок Косово

Предисловие

Пандемия COVID-19 продемонстрировала важность наличия сильной системы здравоохранения, способной справиться с любым кризисом. Кроме того, она показала самоотверженность, усердие и мужество медицинских работников всего мира, чей упорный труд обеспечивал доступ к услугам здравоохранения в этот сложный период. Во время кризиса акушеры(-ки) играют важнейшую роль в обеспечении сексуального и репродуктивного здоровья, и их роль стала еще более важной в свете борьбы с COVID-19 и сопутствующими трудностями, вызванными перегрузкой систем здравоохранения. Как заявляет Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ): «Акушер(-ка) – соответствующий и эффективный вариант специалиста, оказывающего медицинскую помощь и поддержку при нормальном течении беременности и родов, обеспечивающий правильную оценку рисков и распознавание осложнений»[1].

Акушерское дело играет жизненно важную роль в улучшении качества ухода, а также быстрое и устойчивое снижение материнской и младенческой смертности, когда им занимаются образованные, обученные акушерки, деятельность которых лицензирована и регулируется. Работа акушеров(-ок) выходит за рамки только лишь обеспечения безопасности родов. Акушеры(-ки) оказывают антенатальную и постнатальную помощь, дают консультации по планированию семьи, проводят диагностику и лечение инфекций, передающихся половым путем (ИППП), а также оказывают услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья подростков. Акушеры(-ки) играют важную роль в реагировании на гендерное насилие, зачастую оказывают немалое влияние на здоровье сообщества в целом и способствуют гендерному равенству . Крайне важной задачей видится оптимизация их вклада в реализацию Целей устойчивого развития ООН, направленных на обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ).

1 Всемирная организация здравоохранения. Помощь при нормально протекающих родах: практическое руководство; 1996 Всемирная организация здравоохранения. Помощь при нормально протекающих родах: практическое руководство. 1996.

Выводы этого регионального доклада подтверждают наличие многочисленных преимуществ инвестирования в акушерское дело – для социальной сферы, экономики и для общества в целом. Подобные инвестиции не только помогут обеспечить достаточное количество специалистов в системе здравоохранения, но и позволят им оказывать помощь высочайшего качества и получать соответствующее вознаграждение. При наличии должного образования, правильного регулирования и интеграции в многопрофильные коллективы и функционирующую систему перенаправления они будут способны удовлетворить около 90% потребностей в жизненно-важных вмешательствах в области сексуального и репродуктивного здоровья и здоровья матерей, новорожденных и подростков (СРМНПЗ).

С 2008 года Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА) вместе с партнерами, правительствами и политиками, в условиях ограниченных ресурсов, помогает формировать компетентные и качественно подготовленные акушерские кадры, и улучшать их поддержку. ЮНФПА сосредотачивает свои усилия в четырех основных сферах: развитие системы подготовки акушеров(-ок), основанной на компетентности; разработка действенных законодательных механизмов для обеспечения качества услуг; повышение заметности акушеров(-ок) путем создания и укрепления акушерских ассоциаций; продвижение идеи увеличения инвестиций в акушерские услуги.

Европейская программа действий, принятая государствами-членами Всемирной организации здравоохранения, подчеркивает вклад первичной медицинской помощи в ВОУЗ и важную роль, которую играют медицинские кадры в этой сфере. В своей работе ЮНФПА ориентируется на достижение трех взаимосвязанных результатов: искоренение к 2030 году предотвратимой материнской смертности, неудовлетворенных потребностей в планировании семьи, а также гендерного насилия и вредных практик. Акушеры(-ки) играют важнейшую роль в этой работе.

Лица, ответственные за формирование политики и программ, могут использовать настоящий доклад в качестве руководства по инвестированию в акушерское дело и улучшению получаемых социально-экономических результатов. Имеющиеся свидетельства однозначно показывают следующее: инвестиции в акушерское дело и в оказание медицинской помощи под руководством акушера(ки) оздоровляют семью, помогают строить эффективное сообщество и формировать систему здравоохранения, способную предоставлять полный спектр услуг для всех. В этом деле государствам-членам помогут ЮНФПА, Всемирная организация здравоохранения и партнеры из большой семьи ООН.

Флоренс Бауэр
директор

Региональный офис ЮНФПА в странах Восточной Европы и Центральной Азии

Ханс Клюге
директор

Европейское региональное бюро ВОЗ

Фото: © ЮНФПА Республика Молдова/
Эдуард Бизгу

Краткое содержание

Сексуальное и репродуктивное здоровье и здоровье матерей, новорожденных и подростков (СРМНПЗ) – важный элемент Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР). Чтобы улучшить СРМНПЗ, нужно больше работать с медицинскими кадрами и инвестировать в них. Настоящий доклад в основном касается акушеров(-ок), т.к. сильные акушерские кадры крайне важны для успеха стратегий Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) по улучшению СРМНПЗ и реализации полномочий Фонда.

В докладе приводятся актуальные данные о состоянии акушерских кадров и соответствующие прогнозы до 2030 года. В документ включены данные из 17 стран и территорий, относящихся к Восточной Европе и Центральной Азии (ВЕЦА) по классификации ЮНФПА: Албания, Армения, Азербайджан, Беларусь, Босния и Герцеговина, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Северная Македония, Республика Молдова, Сербия, Таджикистан, Турция, Туркменистан, Украина и Узбекистан, а также Косово. Он призван помочь в диалоге на национальном и региональном уровнях, помочь странам региона выполнить относящиеся к здравоохранению Цели устойчивого развития, задачи всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) и повестку МКНР. Понимание текущего состояния акушерских кадров необходимо, чтобы страны ВЕЦА могли выявлять конкретные трудности, пробелы и узкие места, с которыми необходимо работать, и рассматривать соответствующие стратегии для их преодоления.

Разработкой настоящего доклада руководил Региональный офис ЮНФПА в Восточной Европе и Центральной Азии (EECARO). Данный доклад опирается на подход, принятый в докладе «Состояние акушерского дела в мире, 2021 г.» (The State of the World's Midwifery 2021 (САДвМ 2021)), составлением которого совместно руководили ЮНФПА, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Международная Конфедерация акушерок (МКА).

КОНТЕКСТ

За последние два десятилетия лет страны и территории ВЕЦА добились заметного прогресса в улучшении показателей СРМНПЗ. В большинстве стран уровни материнской, неонатальной смертности и мертворождения уже существенно ниже плановых мировых показателей 2030 года, установленных в Целях устойчивого развития, однако в большинстве стран ВЕЦА эти уровни остаются выше, чем в большей части Европейского Союза (ЕС). Более того, прогресс идет не очень равномерно, а отличия наблюдаются как внутри стран, так и между ними. В большей части стран ВЕЦА распространенность современных контрацептивов (РСК) ниже среднемирового уровня, а в некоторых странах она сравнима со странами с низким уровнем доходов. В нескольких странах неудовлетворенная потребность в планировании семьи превышает среднемировой показатель. В большинстве стран ВЕЦА уровень доступа к антенатальной и постнатальной помощи достаточно высок. Почти все роды сопровождают квалифицированные работники , обычно это врачи, а не акушерки.

НАЛИЧИЕ АКУШЕРОВ(-ОК) И ДРУГИХ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ

В целом в регионе имеется 1,7 миллиона работников СРМНПЗ. Три четверти из них – медсестры, не имеющие официальной акушерской подготовки, 13% – «врачи СРМНПЗ» (терапевты, акушеры-гинекологи и педиатры), а 8% – акушеры(-ки) или медсестры-акушерки/медбратья-акушеры. Большинство акушеров(-ок) региона (80%) имеет квалификацию «специалист», а остальные – «младший специалист».

137 000 акушеров(-ок) в регионе – это по 5,5 акушеров(-ок) на 10 000 человек, выше чем в среднем по миру (4,4) и ЕС (4,1). Однако за этой цифрой кроются серьезные различия между странами. Обеспеченность акушерскими кадрами варьирует от 16,2 на 10 000 человек в Беларуси до 1,4 в Грузии. В половине стран ВЕЦА обеспеченность акушерскими кадрами ниже среднемирового уровня.

В большинстве стран ВЕЦА имеется достаточно акушеров(-ок), чтобы удовлетворить все или почти все потребности населения в жизненно-важных вмешательствах в области СРМНПЗ. Основные исключения – Армения, Казахстан, Республика Молдова и Украина. Тем не менее, есть признаки того, что состав работников СРМНПЗ и имеющиеся модели помощи во многих странах далеки от оптимальных. К примеру, часто сильно полагаются на врачей, работу которых вполне могут качественно выполнить акушеры(-ки), чье образование и правила работы отвечают мировым стандартам, а в некоторых случаях существуют нормативные барьеры, не дающие акушеркам вести практику в полном объеме. Это обесценивает профессию акушера(-ки) и лишает многих женщин и новорожденных тех преимуществ, которые дает помощь под руководством акушера(-ки).

Прогнозы до 2030 года показывают, что в большинстве стран ВЕЦА появится такое количество акушеров(-ок), медсестер и врачей СРМНПЗ, которое превысит количество доступных вакансий, и поэтому там высок риск безработицы среди работников СРМНПЗ. Исключение составляют Турция и Туркменистан, которым потребуется слегка увеличить объемы подготовки работников СРМНПЗ, чтобы заполнить все вакансии в сфере СРМНПЗ, которые, согласно прогнозам, будут иметься в 2030 году. Недостаток данных означает, что приведенные в настоящем докладе прогнозы не учитывают международную миграцию работников СРМНПЗ, которую другие источники данных считают существенным фактором в некоторых странах ВЕЦА.

ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА СРМНПЗ И РАБОТНИКОВ ЭТОЙ СФЕРЫ

Влияние COVID-19 на СРМНПЗ и работников все еще требует полной оценки, но есть свидетельства, что пандемия оказала серьезное негативное влияние на услуги СРМНПЗ и поставила медицинских работников перед значительными личными и профессиональными трудностями. Как и другим медицинским работникам на ранних этапах пандемии, акушеркам часто не хватало средств индивидуальной защиты (СИЗ), а это значит, что им приходилось изготавливать их самостоятельно или покупать их за собственные средства, не пользоваться СИЗ или не выходить на работу. В мае 2021 года Всемирная организация здравоохранения установила, что во всем мире более 115 000 медицинских работников умерло от COVID-19, и более 40% из них были из стран Европы. Медицинским работникам, которых затронула пандемия, в том числе и работникам СРМНПЗ, требуется психологическая поддержка.

ОБУЧЕНИЕ И ПОДГОТОВКА АКУШЕРОВ(-ОК)

Наличие акушеров(-ок) немаловажно, но не менее важно и качество оказываемой ими помощи. Высококачественное образование и подготовка акушеров(-ок) – это существенный элемент качества медицинской помощи. Наличие сильных кафедр акушерского дела в университетах побуждает акушеров(-ок) занимать лидирующие позиции в образовании и исследованиях в сфере СРМНПЗ.

В большинстве стран ВЕЦА акушерскому делу можно начать учиться сразу после поступления, а в нескольких странах – после завершения сестринских курсов, или получить комбинированную квалификацию «медсестра-акушерка/медбрат-акушер». Лишь немногим более, чем в половине стран ВЕЦА квалификация «акушер(-ка)» присваивается на уровне бакалавра (или эквивалентной степени), в отличие от ЕС, где это имеется во всех странах. В пяти странах ВЕЦА предоставляют только квалификацию ниже уровня профессионального образования. Только в трех странах ВЕЦА специальность по акушерскому делу можно получить на уровне последипломного образования, тогда как в ЕС это возможно почти во всех странах.

Всего в четырех странах ВЕЦА имеется национальная политика (положение) об образовании акушеров(-ок), основанное на установленных МКА уровнях компетентности. Всего в половине стран ВЕЦА реализуются программы додипломного образования, чья продолжительность соответствует рекомендациям МКА. Лишь несколько стран ВЕЦА смогли предоставить оценку того, какая часть преподавателей акушерского дела является квалифицированными акушерками. Почти все эти страны сообщили, что квалифицированными акушерками являются менее половины их преподавателей акушерского дела. В отличие от этого, в странах ЕС почти все преподаватели акушерского дела являются квалифицированными акушерками.

Всего в пяти странах региона в рамках периодического подтверждения лицензии акушеры(-ки) обязаны представлять доказательства непрерывного повышения квалификации.

ПОЛИТИЧЕСКИЙ И НОРМАТИВНЫЙ КЛИМАТ

Благоприятный политико-нормативный климат способствует оказанию высококачественной акушерской помощи. Всего лишь примерно в половине стран ВЕЦА законодательство различает акушерское дело и сестринское, что для ЕС является нормой и весьма распространено в остальном мире. Но даже в странах, где имеется соответствующее

законодательство, зачастую смешивают две эти профессии. Например, только в трех странах, законодательство которых различает две эти профессии, есть отдельные нормативно-правовые системы для акушеров(-ок) и медицинских сестер.

Подобным образом, хотя большинство стран ВЕЦА сообщают о наличии национальной политики или положений, рекомендующих применение практики оказания медицинской помощи под руководством акушера(-ки), проведенное исследование показывает, что такая помощь доступна лишь в части региона. Большинство стран ВЕЦА ограничивает объем практики акушеров(-ок) до такой степени, что становится трудно реализовать концепцию оказания медицинской помощи под руководством акушера(-ки). Такие ограничения гораздо шире распространены в странах и на территориях ВЕЦА, чем в ЕС и остальном мире.

В половине стран всего мира есть координаторы акушерского дела на национальном уровне. Среди стран и территорий ВЕЦА только в Таджикистане у акушерского дела есть такой координатор на национальном уровне.

Специальные акушерские профессиональные объединения относительно распространены в Юго-Восточной Европе, но в других частях региона встречаются реже.

АКУШЕРЫ(-КИ): ЖИЗНЕННО ВАЖНЫЕ ИНВЕСТИЦИИ

Кроме клинической помощи, акушера(-ки) могут играть роль и более широкого плана в таких сферах деятельности, как развитие первичной медицинской помощи и ВОУЗ и оказание помощи женщинам и девочкам из уязвимых групп. Они могут выступать эффективными инициаторами перемен в деле расширения прав и возможностей женщин и в работе с вредными социальными и гендерными нормами и практиками.

Инвестиции в акушерские кадры хорошо окупаются за счет общего улучшения здоровья населения и социальных показателей. Например, недавно проведенное исследование показало, что всеобщий охват услугами акушерок может на две трети сократить материнскую и неонатальную смертность и коэффициент мертворождаемости. Для стран и территорий ВЕЦА это означает спасение 20 000 жизней в год до 2035 года – в основном, в странах Центральной Азии.

Кроме того, акушеры(-ки) могут помочь сократить число ненужных операций кесарева сечения, распространенных во многих странах ВЕЦА. Для этого Всемирная организация здравоохранения рекомендует модели помощи, предусматривающие сотрудничество акушеров(-ок) и акушеров-гинекологов. Этого нельзя добиться, если акушеры(-ки) останутся малозначимой группой среди медицинских работников.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСКОГО ДЕЛА В РЕГИОНЕ

Доклад «САДвМ 2021» призывает делать инвестиции в четырех областях: (i) планирование, управление и регулирование медицинских кадров и их условий труда; (ii) качественное образование и подготовка акушеров(-ок); (iii) совершенствование оказания услуг СРМНПЗ под руководством акушеров(-ок); и (iv) руководство и управление акушерским делом. Этот доклад поможет заинтересованным сторонам из стран и территорий ВЕЦА определить, инвестиции в какие сферы наиболее востребованы в их странах. Также в докладе приводятся качественные свидетельства и данные, которые можно использовать для обоснования эффективности таких инвестиций.

Рекомендации по развитию акушерского дела:

Обеспечить образование акушеров(-ок) и регулирование их деятельности по мировым стандартам, чтобы они могли оказывать высококачественную помощь.

Провести четкое профессиональное разделение между медицинскими сестрами и акушерками.

Пересмотреть существующие модели медицинской помощи и определить, можно ли их настроить или оптимизировать, чтобы добиться повышения эффективности и качества помощи путем разделения и перераспределения обязанностей.

Стимулировать основанные на кооперации модели и платформы кадрового обеспечения многопрофильных коллективов – как на этапе додипломного образования, так и на рабочих местах.

Пересмотреть существующие траектории додипломного образования для преодоления признанных ограничений – например, низкий уровень квалификации, нехватка учебных программ, основанных на компетенциях , слабый упор на одновременное получение практического опыта и теоретических знаний, и нехватка квалифицированных акушеров(-ок) в сфере преподавания.

Укрепить кафедры акушерского дела в университетах, в том числе инвестировать в развитие последипломного обучения и возможности для исследований.

Проработать регуляторные барьеры для помощи под руководством акушерки(а), включая ненужные ограничения объемов акушерской практики.

Провести мероприятия по формированию спроса и повышению осведомленности о преимуществах акушерской помощи, с целью признания акушеров(-ок) ценными профессионалами. Это может потребовать включить меры по устранению бытующих в обществе и в профессии неверных представлений об акушерском деле.

Назначать акушеров(-ок) на стратегические руководящие должности в организациях, отвечающих за системы охраны СРМНПЗ.

Обеспечить достойные условия труда и адекватные меры защиты и поддержки акушеров(-ок) во время пандемии COVID-19 и будущих кризисов здравоохранения.

Помогать профессиональным объединениям акушеров(-ок) лидировать в реализации некоторых приведенных рекомендаций – например, с помощью международных связей между странами и территориями ВЕЦА и за их пределами.

01

Фото: © ЮНФПА Турция

Введение

За последние два десятка лет мир добился немалого прогресса в деле оздоровления и повышения благополучия матерей, новорожденных и подростков. Тем не менее, в 2017 году около 295 000 женщин умерло во время и после беременности и родов [2], а во всем мире в 2019 году в течение первого месяца жизни умерло 2,4 млн. детей [3]. Рассматриваемые в настоящем докладе страны и территории Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) (Албания, Армения, Азербайджан, Беларусь, Босния и Герцеговина, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Северная Македония, Республика Молдова, Сербия, Таджикистан, Турция, Туркменистан, Украина и Узбекистан, а также Косово) в совокупности добились заметного прогресса в сокращении материнской и неонатальной смертности и мертворождаемости и в оздоровлении и повышении благополучия матерей, новорожденных и подростков. Тем не менее, прогресс идет неравномерно, и в странах наблюдаются заметные различия. По все более многочисленным свидетельствам, похоже, что пандемия COVID-19 эти различия обострила [4].

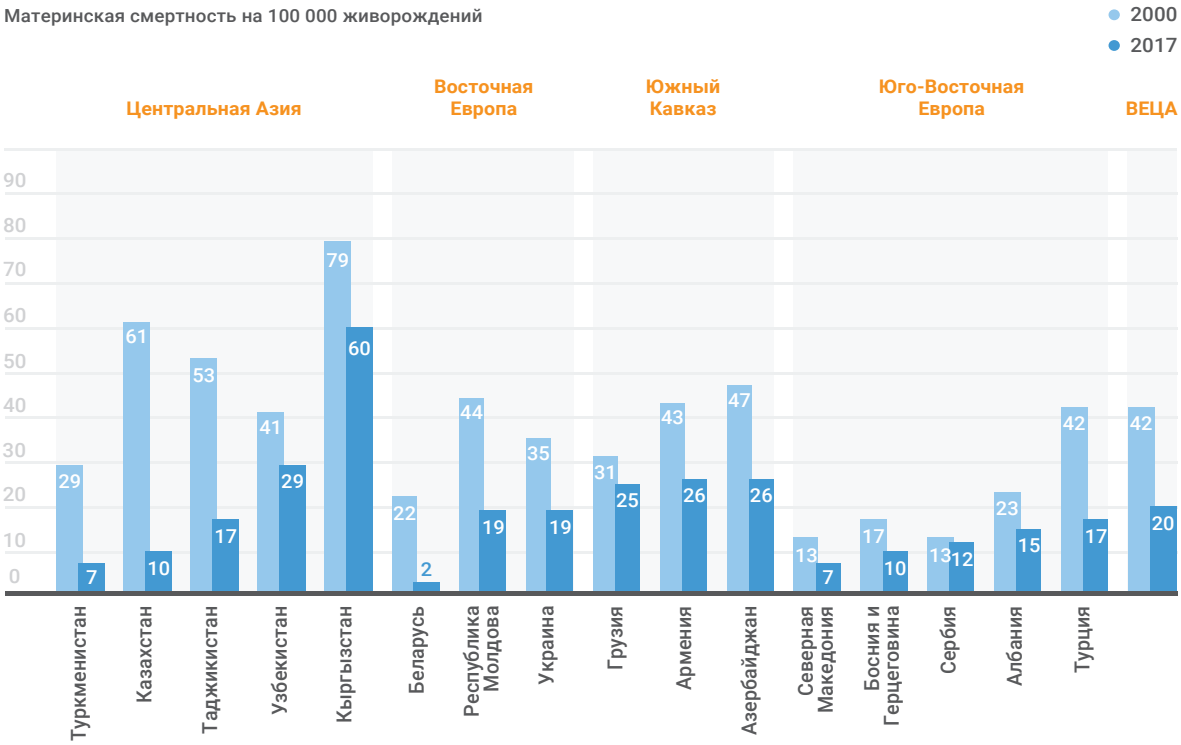
Приведенные в настоящем введении цифры взяты из публикаций ООН, при этом многие такие цифры представляют собой смоделированные приблизительные оценки. Следует также признать тот факт, что национальные источники данных дают разные оценки по некоторым странам. Однако поскольку оценки по разным странам и территориям приводятся в одном ряду, важно обеспечить применение сопоставимых методов их расчета. Поэтому вместо национальных источников данных мы предпочли использовать источники данных ООН.

Цель устойчивого развития 3 предусматривает **«обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте»**. Для этого к **2030** году требуется сократить мировой коэффициент материнской смертности (КМС) до уровня ниже **70** смертей на **100 000** живорожденных детей, при этом ни в одной стране КМС не должен превышать средний мировой показатель более чем в два раза [5].

В 2017 году общий КМС рассматриваемых в настоящем докладе стран (кроме Косово) был равен 20 – это намного ниже среднемирового показателя 211. Однако за общей цифрой кроется большое различие: от 2 в Беларуси до 60 в Кыргызстане (рис. 1.1). И это намного выше среднего показателя материнской смертности по ЕС: 6 случаев на 100 000 живорожденных детей [6].

С 2000 по 2017 год мировой КМС сократился на 38%. За тот же период страны, к которым относится настоящий доклад, добились снижения на 52% (КМС на 100 000 живорожденных детей снизился с 42 (2000) до 20 (2017)) [2]. С 2000 по 2017 год почти все эти страны добились неплохого прогресса в деле сокращения КМС. Самого большого сокращения в процентном соотношении добились следующие страны Центральной Азии и Восточной Европы: Беларусь (сокращение на 91%), Казахстан (84%), Туркменистан (76%) и Таджикистан (68%).

Рисунок 1.1: Коэффициент материнской смертности в 2000 и 2017 гг.

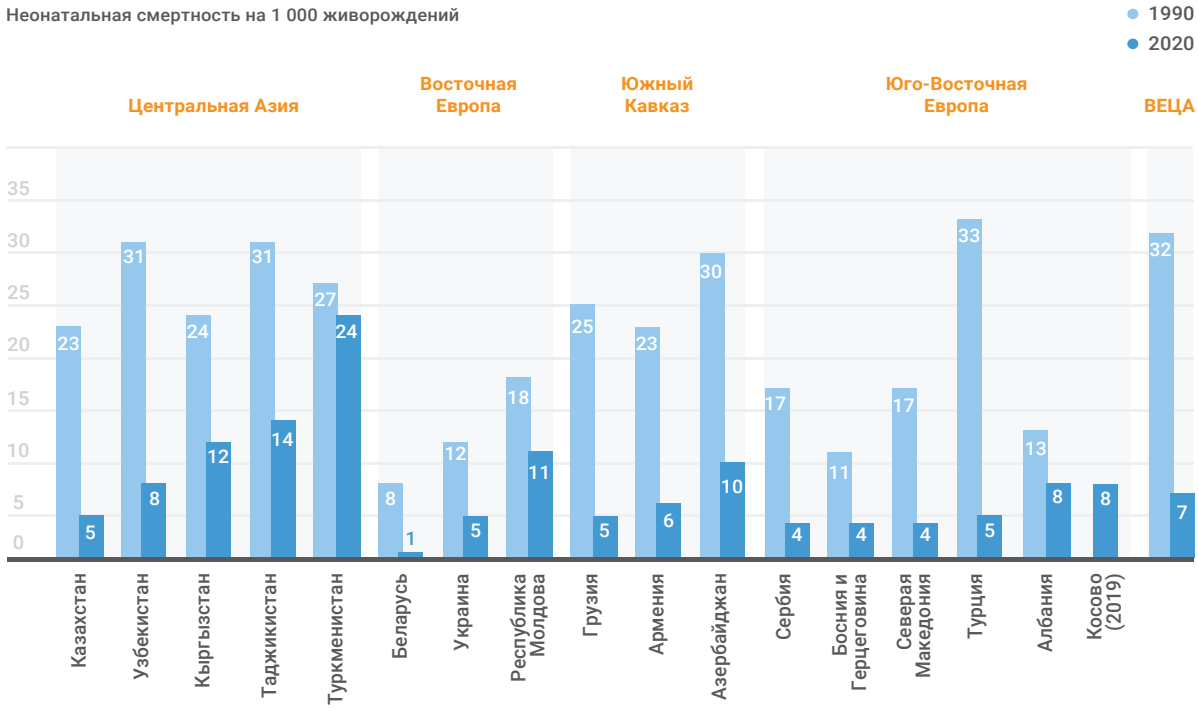


Источник: Всемирная организация здравоохранения и др. 2019 [2]. Примечание: отсутствуют данные по Косово.

Таким образом, Цель устойчивого развития 3 ставит задачу сократить мировой коэффициент неонатальной смертности (КНС) до максимум 12 случаев на 1 000 живорожденных детей [7]. На рисунке 1.2 показано, что в 2020 году КНС оказался выше этого уровня в двух центральноазиатских странах: Таджикистане (14) и Туркменистане (24). В 2020 году средний КНС по рассматриваемым в настоящем докладе странам и территориям был равен 7. На этот раз он также был выше среднего по ЕС: 2 случая на 1 000 живорожденных детей [8].

С 1990 по 2020 год мировой КНС снизился на 54%. В совокупности упомянутые в настоящем докладе страны (кроме Косово) добились сокращения неонатальной смертности на 78% с 32 до 7 случаев на 1 000 живорожденных детей. На рисунке 1.2 видно, что за этот период прогресса добились все страны, в особенности: Беларусь (сокращение на 88%), Турция (85%), Грузия (80%), Сербия (80%), Казахстан (79%) и Северная Македония (78%).

Рисунок 1.2: Коэффициент неонатальной смертности в 1990 и 2020 гг.

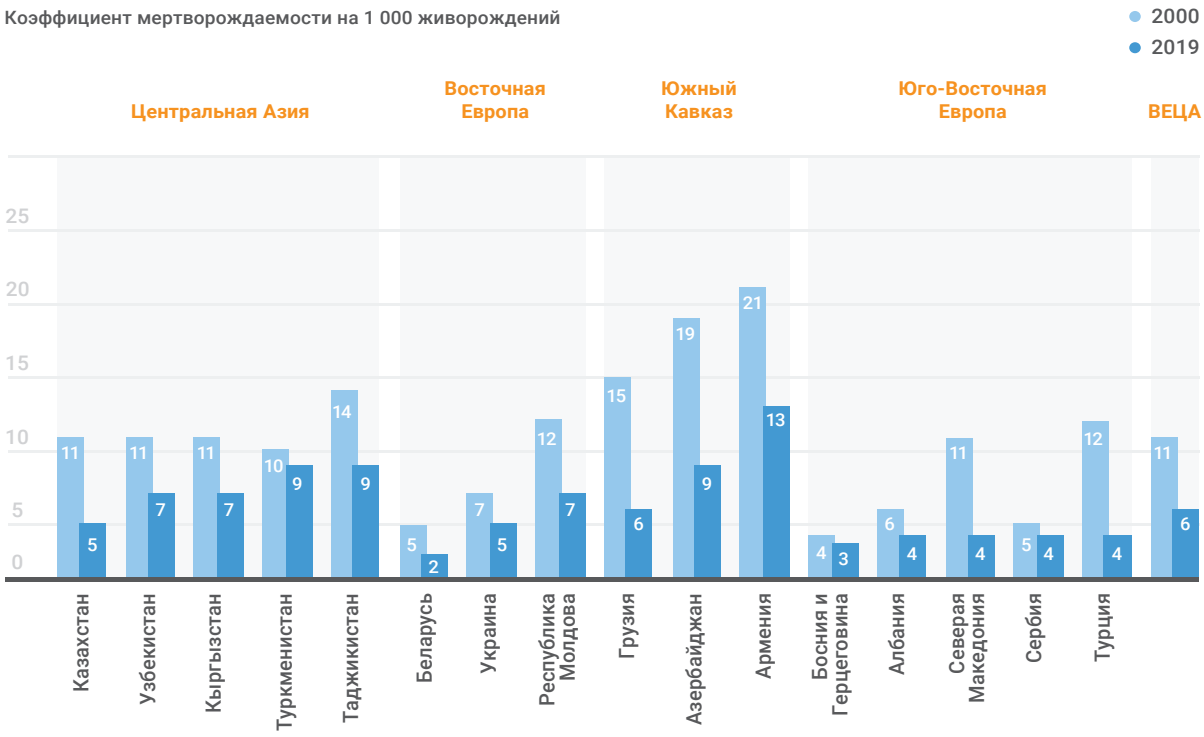


Источник: Межведомственная группа ООН по оценке детской смертности (МГДС ООН) 2021 [9], кроме Косово: Eurostat, 2021 [10]. Этот источник не дает данных по всем странам и территориям ВЕЦА в целом. Для расчета «общей» цифры в настоящем докладе взяты оценки неонатальной смертности МГДС ООН и оценки ООН уровней живорождения в рассматриваемых странах и территориях (кроме Косово).

На рисунке 1.3 видно, что в 2019 году в охваченных настоящим докладом странах (кроме Косово) общий коэффициент мертворождаемости был равен 6 случаям на 1000 рожденных. Это намного ниже среднемирового показателя в 14 случаев, причем коэффициент мертворождаемости оказался ниже среднемирового во всех странах ВЕЦА. Самый высокий уровень по региону обнаружился в Армении (13), а самый низкий – в Беларуси (2). Страны Юго-Восточной Европы демонстрируют более низкий коэффициент мертворождаемости, чем страны из других частей региона.

С 2000 по 2019 год мировой коэффициент мертворождаемости снизился на 35%. Общее сокращение по приведенным на рисунке 1.3 странам составило 45%. Прогресса добились все страны ВЕЦА, особенно Турция (снижение на 63%), Грузия (62%) и Северная Македония (62%).

Рисунок 1.3: Коэффициент мертворождаемости, 2000 и 2019 гг.



Источник оценок по странам: МГДС ООН, 2020 [9]. Этот источник не дает данных по странам и территориям ВЕЦА ЮНФПА. Для расчета «общей» цифры в настоящем докладе взяты оценки коэффициента мертворождаемости МГДС ООН и оценки уровней живорождения ООН в рассматриваемых странах. Примечание: отсутствуют данные по Косово.

На рисунках 1.1 - 1.3 видно, что в целом в странах ВЕЦА в последние десятилетия прогресс в области неонатальной смертности идет быстрее, чем по материнской смертности и мертворождаемости. Однако эта тенденция не носит очевидный характер в каждой из стран. В пяти странах (Беларусь, Казахстан, Республика Молдова, Таджикистан и Туркменистан) прогресс по коэффициенту материнской смертности идет быстрее, чем по неонатальной смертности и мертворождаемости.

В Таблице 1.1 зеленым фоном отмечены пять стран с наибольшим процентным сокращением по каждому показателю смертности, а оранжевым фоном – пять стран с наименьшим сокращением. Две страны (Беларусь и Турция) добились относительно неплохого прогресса по всем трем показателям, однако во всех остальных странах в некоторых аспектах прогресс оказался лучше, чем в других. Например, Грузия очень слабо продвинулась по материнской смертности, но показывает неплохую динамику сокращения неонатальной смертности и мертворождаемости. Сербия очень слабо улучшила ситуацию по мертворождаемости и материнской смертности, но демонстрирует очень хороший прогресс по неонатальной смертности. В Туркменистане неонатальная смертность и мертворождаемость уменьшились ненамного, зато отмечается весомое сокращение материнской смертности.

Таблица 1.1: Сокращение коэффициентов материнской и неонатальной смертности (%)

		СОКРАЩЕНИЕ		
		КОЭФФИЦИЕНТ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ (КМС)	КОЭФФИЦИЕНТ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ (%)	КОЭФФИЦИЕНТ МЕРТВОРОЖДАЕМОСТИ
		2000–2017	1990–2020	2000–2019
Центральная Азия	Казахстан	84%	79%	52%
	Кыргызстан	24%	52%	37%
	Таджикистан	68%	55%	35%
	Туркменистан	76%	12%	15%
	Узбекистан	29%	75%	41%
Восточная Европа	Беларусь	91%	88%	60%
	Республика Молдова	57%	43%	41%
	Украина	46%	59%	33%
Южный Кавказ	Армения	40%	75%	38%
	Азербайджан	45%	68%	53%
	Грузия	19%	80%	62%
Юго-Восточная Европа	Албания	35%	38%	36%
	Босния и Герцеговина	41%	64%	30%
	Сербия	8%	80%	16%
	Северная Македония	46%	78%	62%
	Турция	60%	85%	63%
	ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ	**52%**	**78%**	**45%**

Источники: см. рисунки 1.1 - 1.3. Примечание: отсутствуют данные по Косово.

Недавно проведенное исследование выявило заметное увеличение показателей материнской смертности и мертворождаемости во время пандемии COVID-19 по сравнению с периодом до пандемии, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов (СНСУД) [4]. Поэтому есть вероятность, что ранее отмеченный прогресс замедлится или остановится в некоторых или во всех странах ВЕЦА.

Провозглашенные в Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков цели «выживания, процветания и преобразования» направлены не только на сокращение предотвратимой смертности, но и на преобразование общества, чтобы женщины, дети и подростки во всех странах могли реализовать свои права на самые высокие стандарты здоровья и благополучия [11]. Сексуальное и репродуктивное здоровье и здоровье матерей, новорожденных и подростков (СРМНПЗ) является существенным элементом Целей устойчивого развития – в частности, Цели 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» и Цели 5 «Обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей всех женщин и девочек» [7].

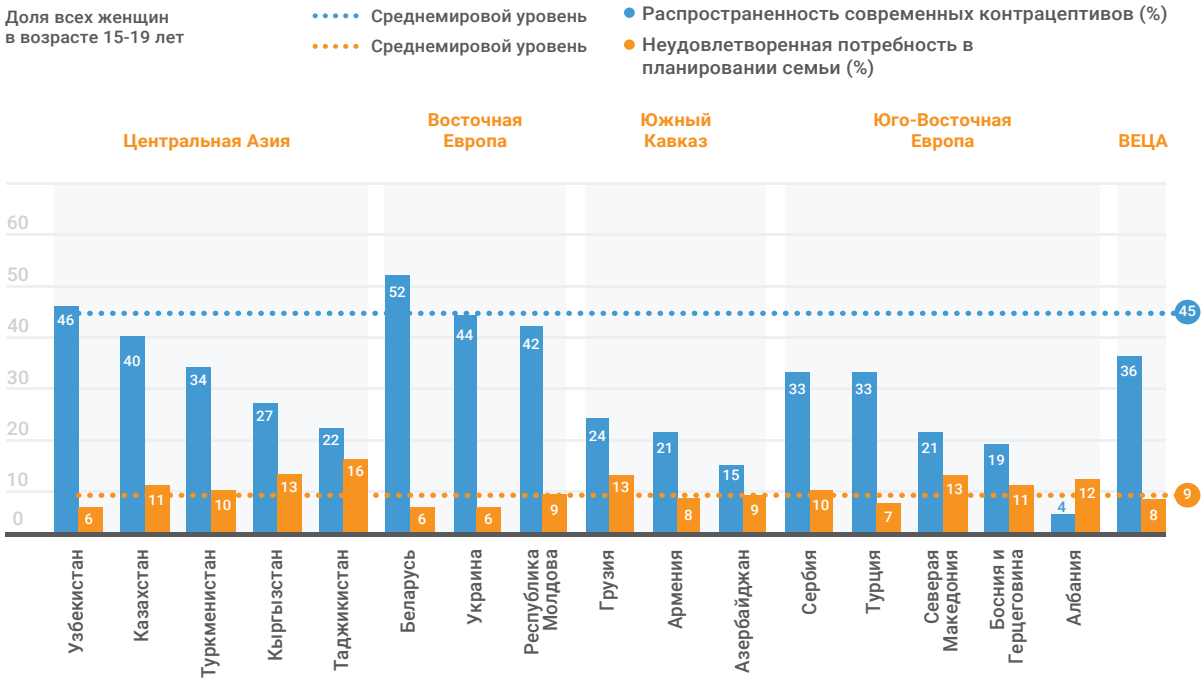
Здоровье и благополучие на всем протяжении жизни во многом зависят от качества услуг здравоохранения. В случае охраны СРМНПЗ такие услуги охватывают сексуальное и репродуктивное здоровье, подготовку к беременности, антенатальную помощь, родовспоможение и послеродовой

уход, а также сексуальное и репродуктивное здоровье подростков.

На рисунке 1.4 показана распространенность современных контрацептивов (РСК) и неудовлетворенная потребность в услугах планирования семьи в охваченных настоящим докладом странах (кроме Косово). Мировой показатель РСК составляет 45% (синяя пунктирная линия), но в странах и на территориях ВЕЦА он составляет 36% (49% среди замужних и имеющих партнеров женщин). Внутри региона наблюдаются заметные различия: РСК превышает среднемировой уровень в Беларуси (52%) и Узбекистане (46%), а самый низкий показатель у Албании (4%).

Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи варьируется не так сильно: от 16% в Таджикистане до 6% в Беларуси, Украине и Узбекистане. Общемировая неудовлетворенная потребность составляет 9% (оранжевая пунктирная линия на рисунке 1.4), а общая среди стран и территорий ВЕЦА равна 8%. Тем не менее, девять стран ВЕЦА превысили среднемировой показатель. Самый высокий уровень РСК и самая низкая неудовлетворенная потребность отмечаются в странах Восточной Европы.

Рисунок 1.4: Распространенность современных контрацептивов (РСК) и неудовлетворенная потребность в планировании семьи за последний известный год



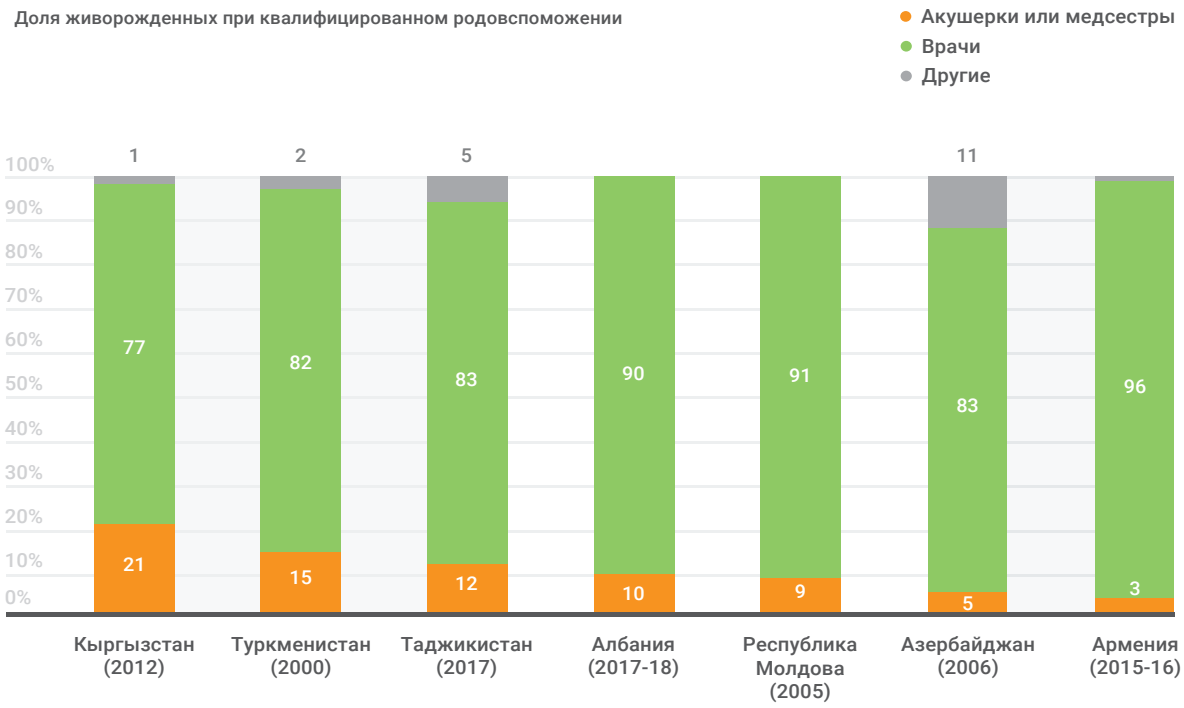
Источник: ЮНФПА, 2021 [12]. Примечание: отсутствуют данные по Косово

В странах и на территориях ВЕЦА общий суммарный коэффициент рождаемости (среднее число детей у одной женщины) равен 2,1 – это ниже среднего по миру показателя 2,4 [12]. Во всех пяти центральноазиатских странах ВЕЦА этот показатель равен среднемировому или превышает его: Таджикистан (3,5), Кыргызстан (2,9), Казахстан (2,7), Туркменистан (2,7) и Узбекистан (2,4). Страны с самой низкой рождаемостью в регионе – Босния и Герцеговина (1,2) и Республика Молдова (1,3).

Средний уровень коэффициента рождаемости среди подростков в регионе составляет 27 случаев на 1000 девочек в возрасте 15-19 лет [12], что намного превышает средний показатель ЕС (9 случаев) [13]. Среди стран и территорий ВЕЦА подростковая рождаемость колеблется от 11 в Боснии и Герцеговине до 54 в Таджикистане [12]. В двух странах ВЕЦА превышен среднемировой показатель 41: Азербайджан (45) и Таджикистан (54).

Еще один важнейший аспект поддержания СРМНПЗ на достаточном уровне – это доступность антенатальной, постнатальной помощи и родовспоможения. Все страны и территории, рассматриваемые в настоящем докладе, сообщают о весьма высоких показателях квалифицированного родовспоможения (КР): самый низкий показатель 95% у Таджикистана [14]. На рисунке 1.5 видно, что большинство родов в этих странах проходят в присутствии врачей – от 90% и выше в Албании, Армении и Республике Молдова. На роды в присутствии акушеров(-ок) или медицинских сестер приходится гораздо меньше: от 3% в Армении до 21% в Кыргызстане.

Рисунок 1.5: Квалифицированное родовспоможение, данные за последний известный год

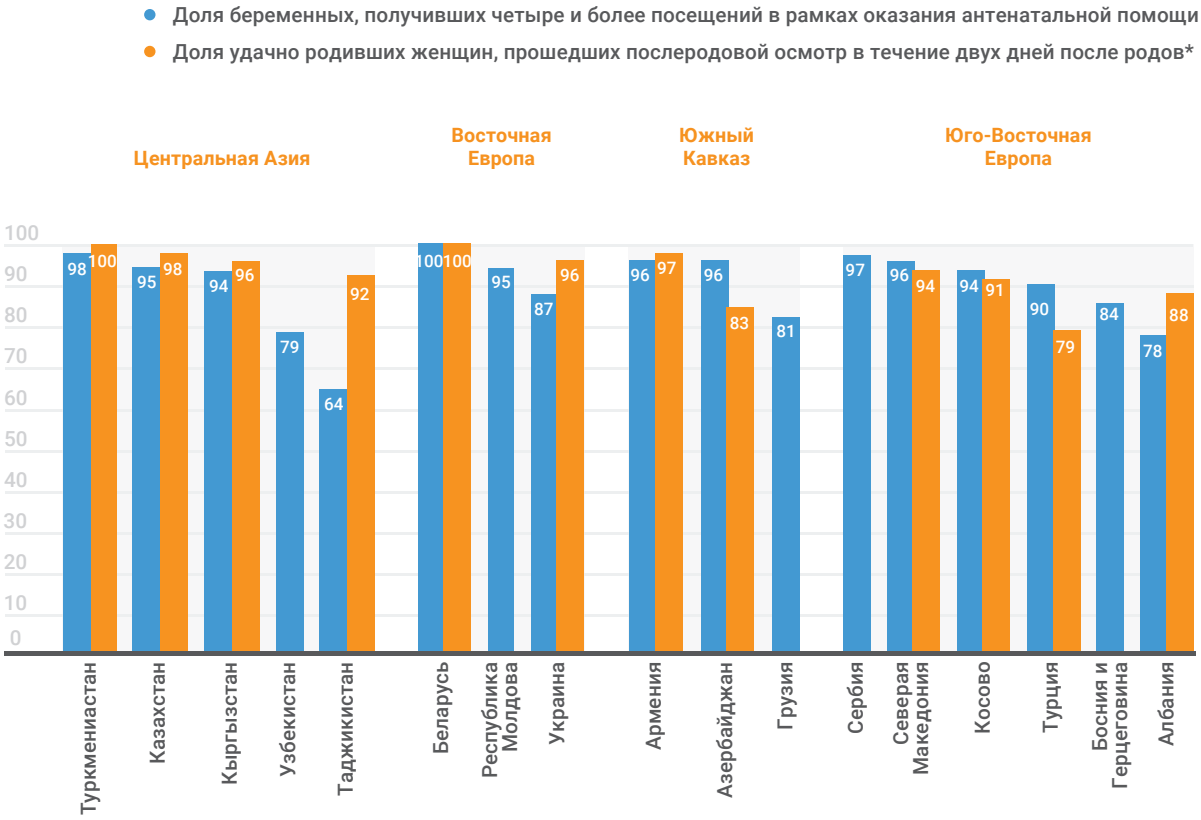


Источник: ICF, 2022 [15].

На рисунке 1.6 показано, что большинству женщин в странах и на территориях ВЕЦА доступно четыре и более посещений в рамках оказания антенатальной помощи (АП). Все страны и территории региона сообщают о показателях, превышающих среднемировой уровень в 55%. Самые низкие показатели у Албании (78%), Таджикистана (64%) и Узбекистана (75%). Показатели доступности постнатальной помощи (ПП) находятся на таком же высоком уровне. Доля удачно родивших женщин, в течение двух дней прошедших послеродовой осмотр, колеблется от

99,8% в Туркменистане до 79% в Турции, что намного превышает среднемировой уровень в 63%. Однако нам не удалось получить сведения о ПП из нескольких стран ВЕЦА: Босния и Герцеговина, Грузия, Северная Македония, Республика Молдова, Сербия и Узбекистан.

Рисунок 1.6: Доступность антенатальной и постнатальной помощи в Восточной Европе и Центральной Азии, за последний известный год



Источник: ЮНИСЕФ 2021 [14]. *Не показаны данные ПП по новорожденным, однако они близки к показателям среди матерей, кроме Турции (68%).

Международная конференция по народонаселению и развитию (МКНР) 1994 года в Каире обозначила важность сексуального и репродуктивного здоровья как одного из фундаментальных прав человека. Это продемонстрировало коренной сдвиг в общемировых представлениях в вопросах населения и развития, с переходом от ориентации на конкретные демографические показатели к сосредоточению внимания на индивидуальных нуждах, стремлениях и правах мужчин и женщин. Конференция постановила, что истинной мерой прогресса должна быть глубина устраненного неравенства [16].

В преддверии двадцать пятой годовщины МКНР, которая отмечается в 2019 году, государства-члены ООН из Европы, Северной Америки и Центральной Азии в 2018 году собрались в Женеве на региональной обзорной конференции, которую провели Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА) и Европейская экономическая Комиссия ООН (ЕЭК). Участники вновь подтвердили свою приверженность реализации принятой на МКНР Программе действий и ее фундаментальную важность для достижения Целей, установленных в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. ЮНФПА

внес свой вклад в ускорение прогресса, мобилизуя политические и финансовые средства, чтобы закрыть нерешенные вопросы из Программы действий МКНР [17], по необходимости сотрудничая в этом с ключевыми партнерами [18]. Партнеры определили некоторые основные нерешенные проблемы, в том числе неравенство внутри стран и между ними, расширение использования современных методов контрацепции, высокий уровень подростковой беременности в некоторых странах и распространение вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) [19, 20].

В 2019 году в Кении прошел всемирный саммит для подведения итогов за 25 лет, прошедших со времени первой МКНР. В заявлении Найроби по МКНР25 декларируется 12 глобальных обязательств по завершению Программы действий МКНР, в том числе: (i) отсутствие неудовлетворенных потребностей в отношении информации и услуг по планированию семьи, (ii) отсутствие случаев предотвратимой материнской смертности, и (iii) доступ всех подростков и молодежи к всеобъемлющим и ориентированным на соответствующий возраст информации и услугам, касающимся сексуального и репродуктивного здоровья [21].

Ни одно из этих обязательств нельзя выполнить без инвестиций в работников СРМНПЗ. Устойчивые системы здравоохранения, основанные на первичной медико-санитарной помощи являются необходимым условием для обеспечения здоровья и благополучия каждой женщины, новорожденного и подростка. Глобальная стратегия в области человеческих ресурсов в сфере здравоохранения [22] подчеркивает, что без эффективных медицинских работников никакая система здравоохранения не является жизнеспособной, и не может быть обеспечен всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ). Для предоставления высококачественной помощи в сфере СРМНПЗ требуются компетентные, образованные и мотивированные кадры, которым обеспечена должная поддержка в их профессиональной деятельности.

Стратегический План ЮНФПА на период с 2022 по 2025 год предусматривает три результата, преобразующих жизнь людей: отсутствие неудовлетворенных потребностей в средствах планирования семьи, искоренение предотвратимой материнской смертности и искоренение гендерного насилия и вредных практик [23]. Региональная программа для стран и территорий ВЕЦА на период с 2022 по 2025 год предусматривает укрепление институциональных возможностей для работников в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, а также укрепление профессиональных и академических связей между региональными и мировыми учреждениями и объединениями, включая ассоциации акушеров(-ок) [24].

Фото: © ЮНФПА Украина/Сергей Тимофеев

Фото: © ЮНФПА Узбекистан

ЮНФПА явился главным координатором при составлении доклада «Состояние акушерского дела в мире, 2021 г.» («САДвМ 2021»), в котором подчеркнуты многочисленные и разнообразные выгоды от инвестиций в акушерское дело. Доклад призывает «смело инвестировать» в четыре сферы: (i) планирование, управление и регулирование медицинских кадров и их условий труда, (ii) качественное образование и подготовка акушеров(-ок), (iii) совершенствование оказания услуг СРМНПЗ под руководством акушеров(-ок) и (iv) руководство и управление акушерским делом [25].

В контексте упомянутых здесь глобальных и региональных политик и стратегий офис ЮНФПА в Восточной Европе и Центральной Азии поручил подготовить настоящий доклад и поставил следующие задачи:

- Выполнить анализ ситуации в контексте стран и территорий ВЕЦА;
- Составить отчет о состоянии акушерских кадров в странах и территориях ВЕЦА в целом и индивидуально по этим странам, в том числе предоставить дополнительные данные сверх того, что есть в докладе «САДвМ 2021», адаптированные к странам и территориям ВЕЦА;
- Отметить любые несоответствия в регионе и между странами;
- Оценить, в какой мере работники способны удовлетворить потребности в охране СРМНПЗ сейчас, и дать прогноз до 2030 года; и
- Выработать рекомендации по развитию акушерского дела в странах и территориях ВЕЦА.

Настоящий доклад охватывает 17 стран и территорий в регионе ВЕЦА ЮНФПА. Основой для настоящего доклада стали данные из доклада «САДвМ 2021» [25]. Офисы ЮНФПА из данного региона были приглашены для проверки этих данных и сбора от национальных партнеров обновленных или отсутствующих данных. Обновленные и/или дополнительные данные предоставили все страны и территории, кроме Албании, Армении и Казахстана. По этим трем странам данные,

Фото: © ЮНФПА Украина/Андрей Крепких

Устойчивые системы здравоохранения, основанные на первичной медико-санитарной помощи являются необходимым условием для обеспечения здоровья и благополучия каждой женщины, новорожденного и подростка.

указанные в Частях 2 и 3, были получены в рамках сбора данных для доклада «САДвМ 2021». Данные из доклада «САДвМ 2021» проверены компетентными национальными органами и в профилях стран выделены полужирным шрифтом. Новые данные, предоставленные в ходе составления настоящего регионального доклада, показаны в профилях стран обычным шрифтом.

Методы сбора и анализа данных описаны в веб-приложениях 2 и 3 к докладу «САДвМ 2021» [26]. Если примененные в настоящем докладе методы отличаются от методов, задействованных в докладе «САДвМ 2021», это отмечено в приложении «Технические вопросы» к настоящему докладу.

Поиск и проверка данных о работниках здравоохранения могут быть непростыми, а борьба с пандемией COVID-19 еще больше их усложняет. Мы ценим огромные усилия, которые национальные участники процесса затратили для предоставления данных, несмотря на наличие иных таких же актуальных приоритетов, однако во многих странах базы данных о медицинских кадрах представляли собой серьезное ограничение еще до пандемии. Среди ограничений встречались: нехватка данных из частного сектора, невозможность разбить данные по административным районам внутри страны, а в некоторых случаях – устаревшие данные, которые неверно отражали текущую ситуацию.

Кроме того, в нескольких странах и территориях ВЕЦА случались чрезвычайные ситуации гуманитарного характера, вызванные конфликтами или природными катастрофами. В некоторых странах кризисы носят затяжной характер, а в других существует политическая нестабильность. Все эти ситуации могли негативно повлиять на способность работников СРМНПЗ удовлетворять нужды населения, и затруднить прогнозирование будущего предложения, потребности и спроса на работников СРМНПЗ. Представленный в настоящем докладе анализ следует интерпретировать, помня об этом ограничении.

02

Фото: © EU4GenderEquality
Республика Молдова

Наличие акушерских кадров, 2020–2030 гг.

В этой главе приводятся полученные от стран и территорий ВЕЦА данные о работниках, и анализ этих данных с целью составления прогнозов до 2030 года. В рамках проведенных анализов широко применялась разбивка по географическим районам (Центральная Азия, Восточная Европа, Южный Кавказ, Юго-Восточная Европа), чтобы подчеркнуть их географические отличия. Все шесть стран и территорий Юго-Восточной Европы сегодня являются кандидатами или потенциальными кандидатами на членство в ЕС. Изучалась разбивка данных и по другим признакам, но поскольку они не помогли объяснить различия между странами, то и не были включены в настоящий доклад.

Там, где это возможно, данные из стран и территорий ВЕЦА сравниваются с эквивалентными данными по ЕС и всему миру. Сравнения с ЕС и остальным миром проводятся на основе данных, предоставленных странами для доклада «САДвМ 2021». Для каждого показателя приводится количество стран-респондентов в ВЕЦА, ЕС и мире.

Определение акушеров(-ок) и других работников СРМНПЗ

Настоящий доклад в основном касается акушеров(-ок), так как при условии достаточного их числа, а также должного образования, регулирования и интеграции в многопрофильные коллективы, они способны удовлетворить около 90% потребностей в жизненно-важных вмешательствах СРМНПЗ [25]. Чтобы осознать их ключевую роль, необходимо определить и обдумать их место среди работников СРМНПЗ. В настоящем докладе для сравнения стран друг с другом взяты международные определения занятий в сфере здравоохранения; также использована Международная стандартная классификация занятий (МСКЗ) [27] для деления кадров СРМНПЗ на группы по ролям и обязанностям (см. веб-приложение 1 к докладу «САДвМ 2021» [26]). Не во всех странах существуют все эти виды профессий, но там, где они есть и где есть соответствующие данные, они включены в анализ.

Профессии, которые в настоящем докладе отнесены к группе СРМНПЗ: акушеры(-ки) и медицинские сестры (специалисты и младшие специалисты), врачи СРМНПЗ (терапевты (в том числе семейные врачи), акушеры-гинекологи и педиатры), практикующие парамедики и работники общественного здоровья.

В некоторых странах есть работники СРМНПЗ, имеющие квалификацию для ведения как акушерской, так и сестринской практики. В настоящем докладе они называются «медсестры-акушерки» и «медбратья-акушеры». В приведенном в настоящей главе анализе медсестры-акушерки и медбратья-акушеры считаются акушерами(-ками). Поэтому они не включены в подсчет медсестер, несмотря даже на то, что некоторые из них по крайней мере часть времени могут работать медсестрами.

Потребность в акушерках и других работниках СРМНПЗ

В настоящем докладе потребность в акушерках и других работниках СРМНПЗ определяется как затраты трудового времени работников СРМНПЗ на достижение высококачественного всеобщего охвата жизненно-важными услугами помощи СРМНПЗ, предусмотренного Глобальной стратегией охраны здоровья женщин, детей и подростков [11].

В 2020 году для удовлетворения всех потребностей в 17 странах и территориях, охваченных настоящим докладом, на труд работников СРМНПЗ потребуется 187 млн. человеко-часов. Половина (51%) этого времени нужна на помощь матерям и новорожденным (антенатальную и постнатальную помощь и родовспоможение), 41% – на другую помощь в области сексуального и репродуктивного здоровья (консультации, использование контрацептивов, комплексная помощь в случае аборта и обнаружение и лечение инфекций, передающихся половым путем), и 7% – на помощь в области сексуального и репродуктивного здоровья подростков.

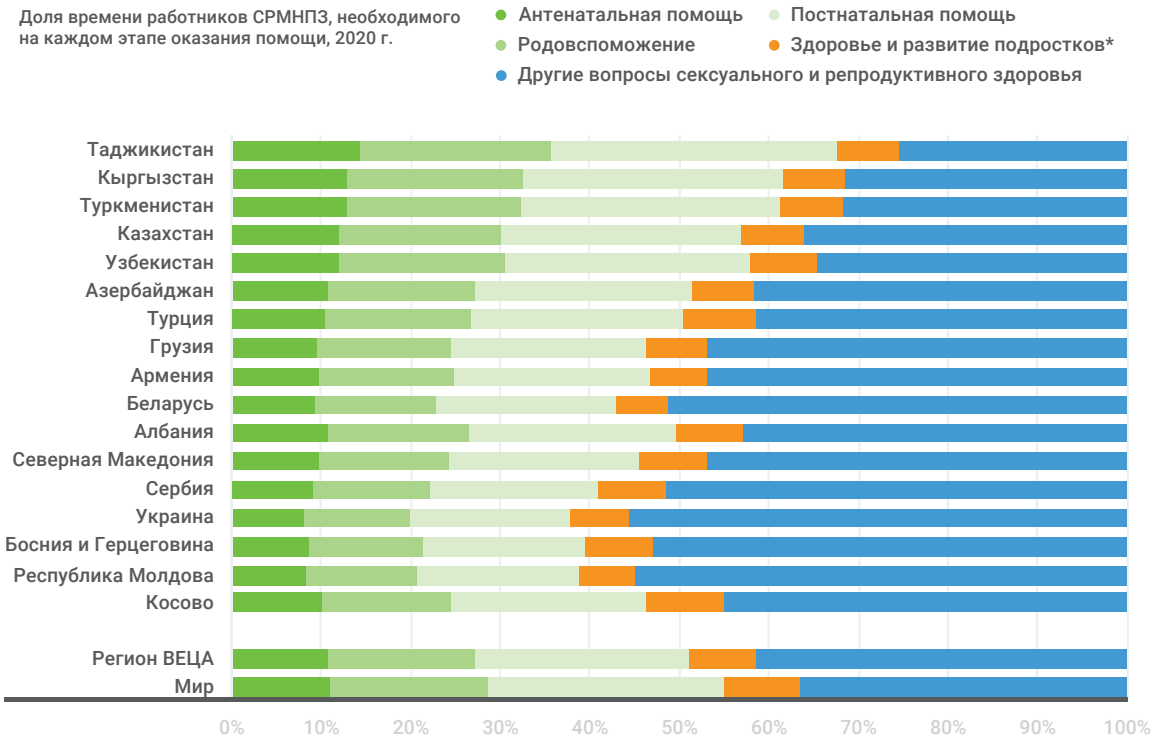
Два основных фактора, определяющих потребность в работниках СРМНПЗ – это численность населения и коэффициент рождаемости. Колебания коэффициента рождаемости (вместе с такими эпидемиологическими факторами, как распространение ВИЧ) влияют и на профессиональную структуру кадров.

При **высоком коэффициенте рождаемости** в составе работников должна быть **выше доля персонала СРМНПЗ**, способного оказывать помощь матерям и новорожденным [28].

На рисунке 2.1 показано распределение времени работы кадров СРМНПЗ для оказания помощи в разных категориях по каждой стране и территории, в порядке убывания общего коэффициента фертильности. В странах Центральной Азии, где коэффициент рождаемости выше, примерно 60% времени работы кадров СРМНПЗ приходится на помощь матерям и новорожденным (на рисунке показана оттенками зеленого). И напротив, в стране с самым низким в регионе коэффициентом рождаемости (Республика Молдова) потребность в помощи матерям и новорожденным составляет менее 40%.

Фото: © ЮНФПА Узбекистан/Назокатхон Файзуллаева

Рисунок 2.1: Доля времени работников СРМНПЗ, необходимого на каждом этапе оказания помощи, 2020 г.



* Потребности девочек в возрасте 15-19 лет отнесены к категории женщин репродуктивного возраста, поэтому оценка здоровья и развития подростков охватывает потребности в охране сексуального и репродуктивного здоровья девочек 10-14 лет и мальчиков 10-19 лет.

Текущее наличие и состав работников

Количество работников СРМНПЗ в регионе

В 17 странах и территориях ВЕЦА трудится 1,7 млн. работников СРМНПЗ. В таблице 2.1 показано, что три четверти (77%) из них – медсестры, не имеющие официальной подготовки по акушерскому делу, а 13% – врачи СРМНПЗ (терапевты, акушеры-гинекологи и педиатры). Менее одной десятой части (8%) приходится на специалистов или младших специалистов – акушеров(-ок) и медсестер-акушерок/медбратьев-акушеров.

Таблица 2.1: Количество работников СРМНПЗ, 2020

ЗАНЯТИЕ	КОЛИЧЕСТВО ПРЕДОСТАВИВШИХ ДАННЫЕ СТРАН/ТЕРРИТОРИЙ	ПРЕДСТАВЛЕННАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ	% ОТ ОБЩЕГО ЧИСЛА РАБОТНИКОВ СРМНПЗ
Специалисты по акушерскому делу	10	96 995	5,7
Младшие специалисты по акушерскому делу	6	15 108	0,9
Медсестры-акушерки/ медбратья-акушеры (специалисты)	3	12 103	0,7
Медсестры-акушерки/ медбратья-акушеры (младшие специалисты)	1	12 342	0,7
Медсестры (специалисты)*	12	757 162	44,2
Медсестры (младшие специалисты)*	8	569 599	33,3
Работники общественного здоровья	2	1 115	0,1
Практикующие парамедики	2	19 105	1,1
Медсестры/медбратья - ассистенты врачей	1	1 582	0,1
Терапевты	17	154 590	9,0
Акушеры-гинекологи	17	38 559	2,3
Педиатры	17	33 777	2,0
ИТОГО		**1 712 037**	**100,0**

* Включены только медсестры, не имеющие официальной подготовки по акушерскому делу; имеющие такую подготовку отнесены к числу медсестер-акушерок/медбратьев-акушеров.

В остальном приведенный в настоящей главе анализ сосредоточен на акушерах(-ках)/ медсестрах-акушерках/медбратьях-акушерах (синие столбцы в таблице 2.1), медсестрах (оранжевые столбцы в таблице 2.1) и врачах СРМНПЗ (зеленые столбцы в таблице 2.1). Несколько стран сообщили количество фельдшеров, медсестрах/ медбратьях - ассистентах врачей и работниках общественного здоровья, но эти цифры показаны в индивидуальных профилях стран и используются для оценки способности работников СРМНПЗ удовлетворить потребности.

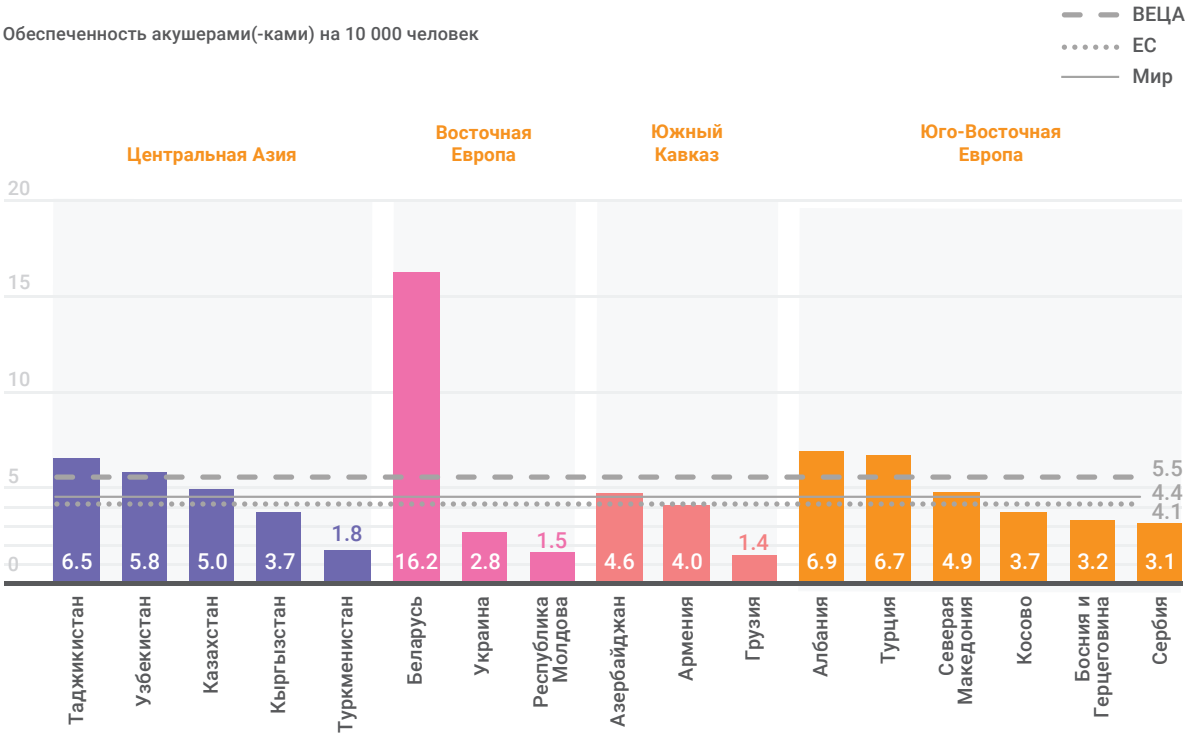
Текущее наличие акушеров(-ок), медсестер и врачей СРМНПЗ

В 17 странах и территориях ВЕЦА, рассматриваемых в настоящем докладе, работает 137 000 акушеров(-ок), что составляет 5,5 акушеров(-ок) на 10 000 человек. Это больше, чем в мире (4,4 на 10 000 человек) и ЕС (4,1).

На рисунке 2.2 видны заметные различия в обеспеченности акушерами(-ками) между странами региона: от 16,2 на 10 000 человек в Беларуси до 1,4 в Грузии. Хотя общая обеспеченность акушерами(-ками) в странах и территориях ВЕЦА превышает среднемировой уровень, в половине стран и территорий ВЕЦА она ниже

среднемирового показателя: Армения, Босния и Герцеговина, Грузия, Грузия, Кыргызстан, Республика Молдова, Сербия, Туркменистан, Украина и Косово.

Рисунок 2.2: Обеспеченность акушерами(-ками)



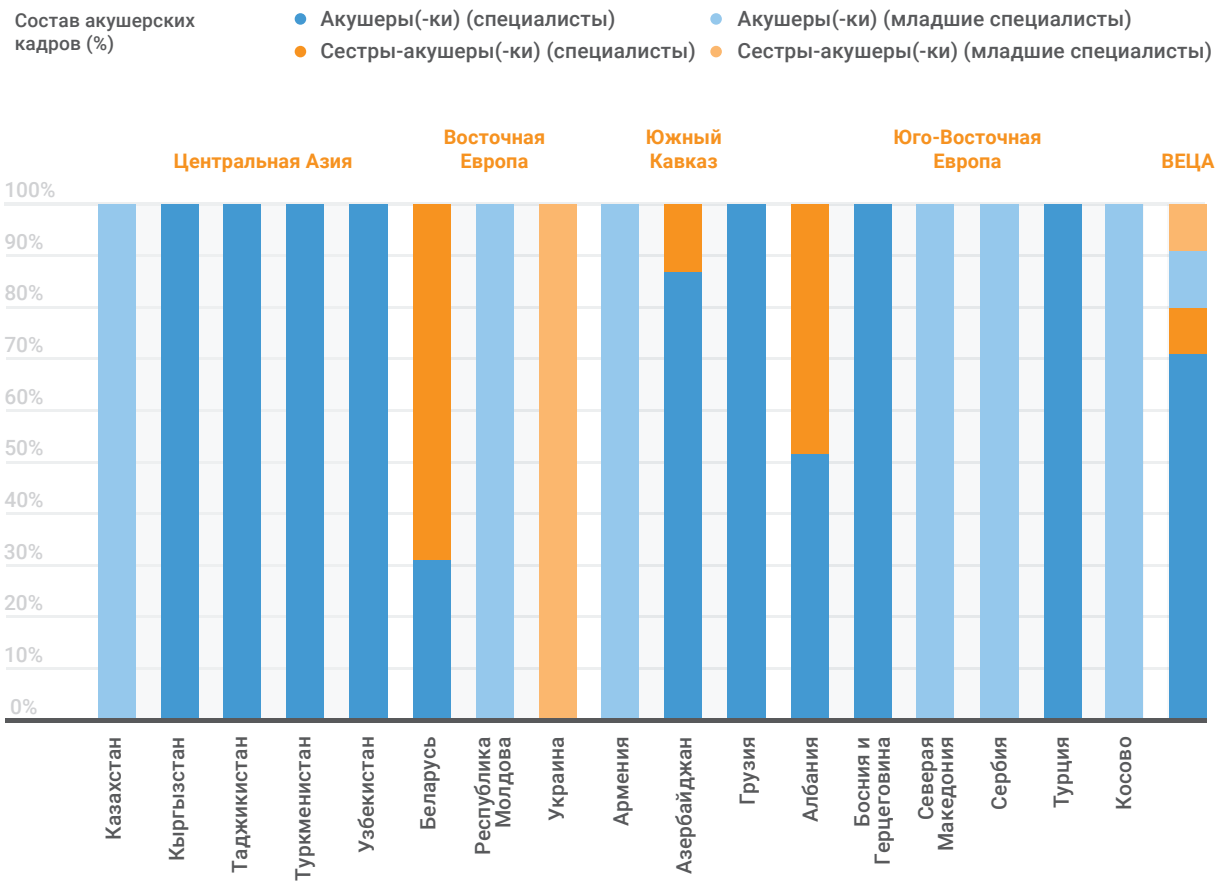
* Включая акушеров(-ок) и медсестер-акушерок/медбратьев-акушеров (специалистов и младших специалистов)

Из 137 000 акушеров(-ок) в регионе 71% (97 000) относятся к специалистам по акушерскому делу. Среди остальных 15 000 (11%) принадлежат к младшим специалистам, 12 000 (9%) – медсестры-акушерки/медбратья-акушеры (специалисты) и 12 000 (9%) – медсестры-акушерки/медбратья-акушеры (младшие специалисты). Тем не менее, за этими сводными цифрами кроется тот факт, что в большинстве стран региона есть всего один вид акушеров(-ок). На рисунке 2.3 показано, что всего в четырех странах есть медсестры-акушерки/медбратья-акушеры, и ни одна из этих стран не находится в Центральной Азии.

В семи странах/территориях нет акушеров(-ок) или медсестер-акушерок/медбратьев-акушеров (специалистов): Армения, Казахстан, Северная Македония, Республика Молдова, Сербия, Украина и Косово. Во всех других странах региона все акушеры(-ки) (медсестры-

акушерки/медбратья-акушеры) относятся к категории специалистов. Ни в одной из стран нет одновременно акушеров(-ок)-специалистов и младших специалистов.

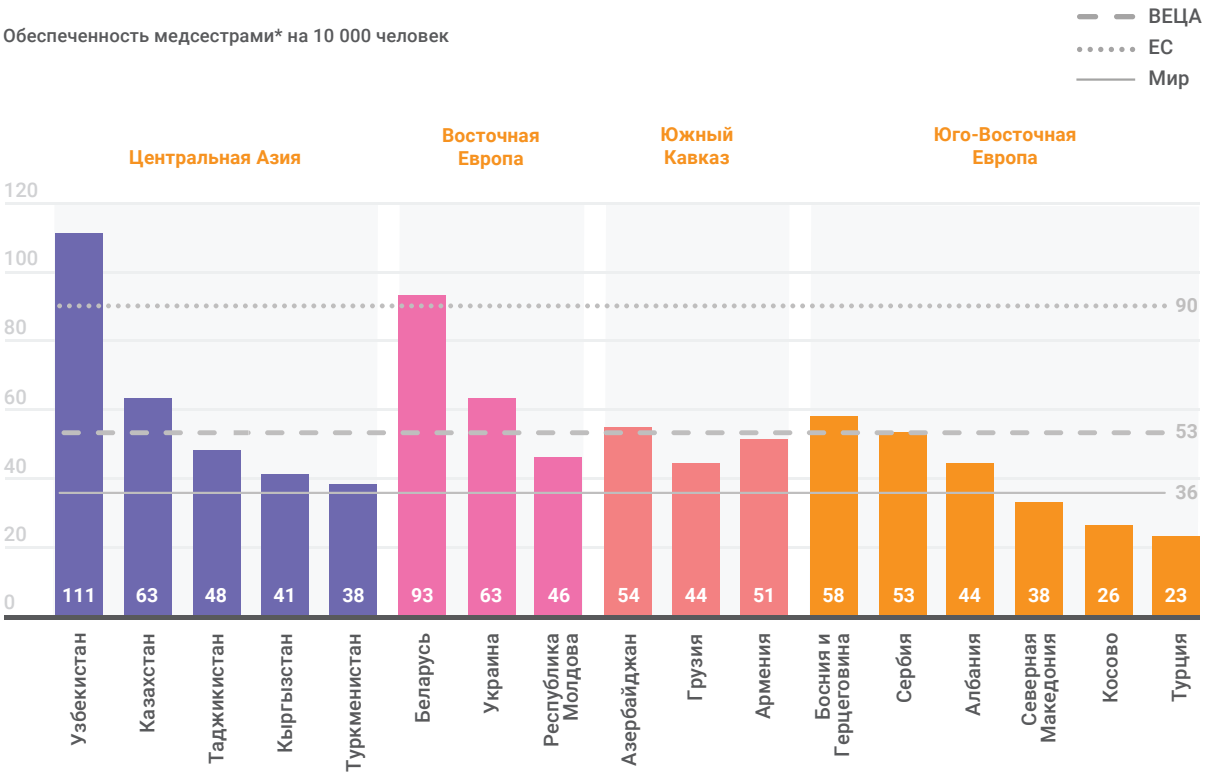
Рисунок 2.3: Состав акушерских кадров



Как и любые другие специалисты здравоохранения, работники СРМНПЗ показывают максимальную эффективность только в полноценно работающей системе здравоохранения и в условиях труда, когда каждый может вести практику в полном объеме, а весь коллектив в целом обладает полным набором компетенций, необходимых для оказания высококачественной помощи СРМНПЗ с уважением к пациентам [29]. Поэтому наличие акушеров(-ок) следует рассматривать в контексте наличия других ключевых работников СРМНПЗ, особенно медсестер и врачей.

В целом в странах и территориях ВЕЦА приходится по 53 медсестры на 10 000 человек населения (не считая медсестер-акушерок/медбратьев-акушеров) – это заметно превышает общемировой средний уровень в 36 медсестер на 10 000 человек, но значительно ниже среднего по ЕС (90 на 10 000 человек). Также на рисунке 2.4 заметны существенные различия между странами региона. На общий показатель по странам ВЕЦА сильно повлияли две страны с очень высокой обеспеченностью медсестрами (Беларусь и Узбекистан). В большинстве стран и территорий ВЕЦА обеспеченность медсестрами ниже 53, в двух (Турция и Косово) она даже ниже среднемирового уровня.

Рисунок 2.4: Обеспеченность медсестрами

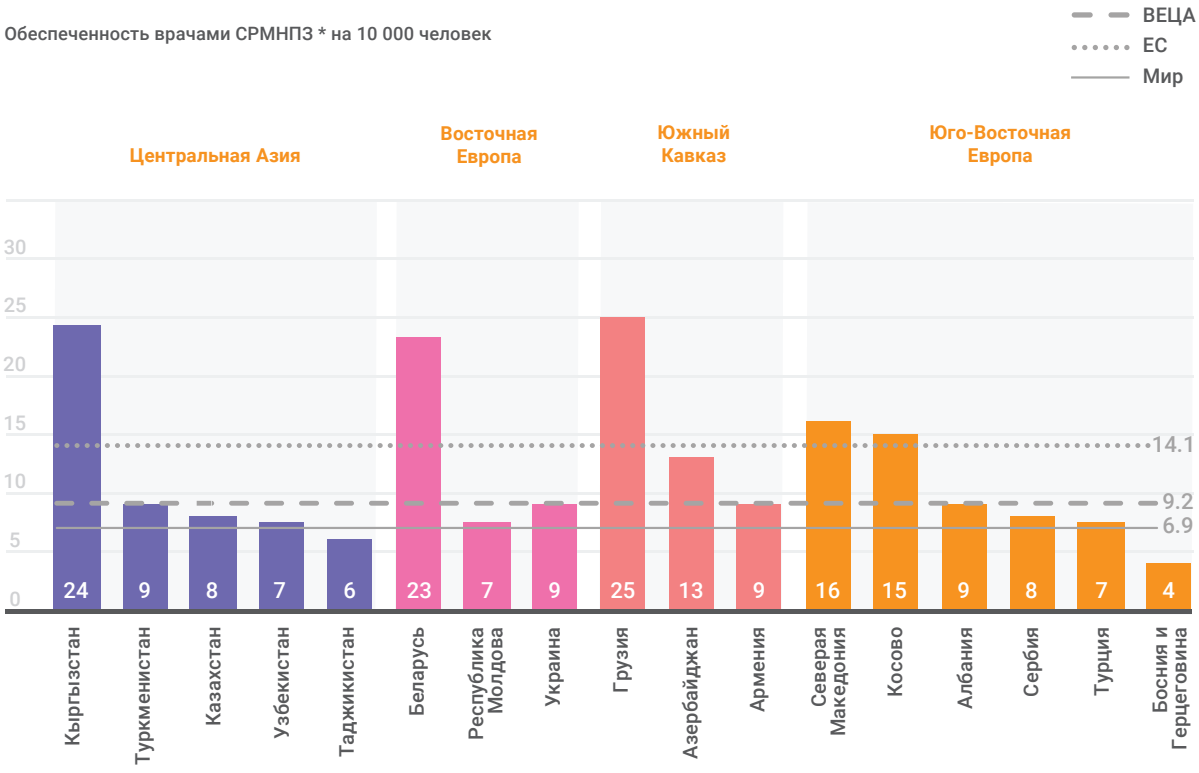


* Включая медсестер-специалистов и младших специалистов, и исключая медсестер-акушерок/медбратьев-акушеров.

В странах и территориях ВЕЦА приходится по 9 врачей СРМНПЗ (терапевтов, акушеров-гинекологов и педиатров) на 10 000 человек – это немного превышает среднемировой показатель (7 на 10 000 чел.), но ниже среднего по ЕС (14 на 10 000 чел.). Как видно на рисунке 2.5, здесь также наблюдаются заметные различия между странами и территориями. В Беларуси, Грузии и Кыргызстане очень высокая обеспеченность врачами СРМНПЗ, тогда как в Боснии и Герцеговине и в Таджикистане она ниже среднемирового уровня.

Фото: © ЮНФПА Албания/Бесфорт Криезиу

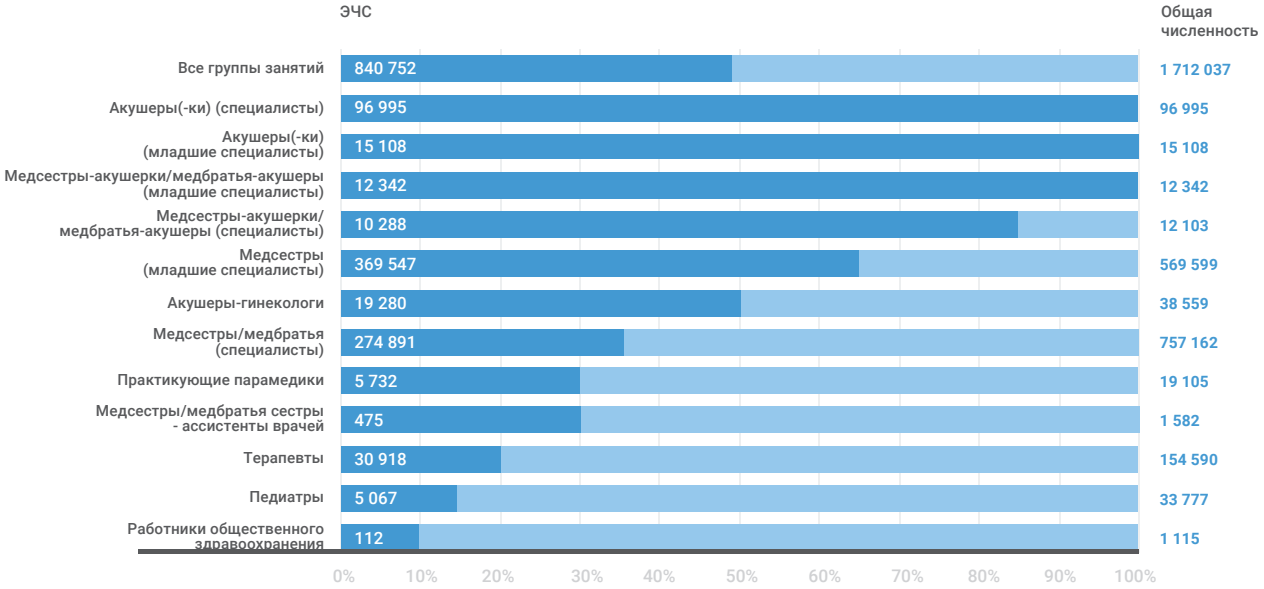
Рисунок 2.5: Обеспеченность врачами СРМНПЗ



* Терапевты, акушеры-гинекологи и педиатры.

Кроме численности медицинских работников, также важно учитывать, сколько клинического времени каждая категория работников может уделить помощи СРМНПЗ. Было бы неверно полагать, что все они тратят все свое время на СРМНПЗ. Чтобы учесть этот фактор, в настоящем докладе используется понятие «эквивалент чистого СРМНПЗ» (ЭЧС). ЭЧС рассчитан путем оценки доли клинического времени, которое каждая категория работников затрачивает на СРМНПЗ (см. веб-приложение к докладу «САДвМ 2021») [26]). Влияние поправки на ЭЧС видно на рисунке 2.6: с ЭЧС количество работников чуть выше 840 000, или 49% от 1,7 млн. работников СРМНПЗ в регионе.

Рисунок 2.6: Работники СРМНПЗ: списочная численность и эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС)

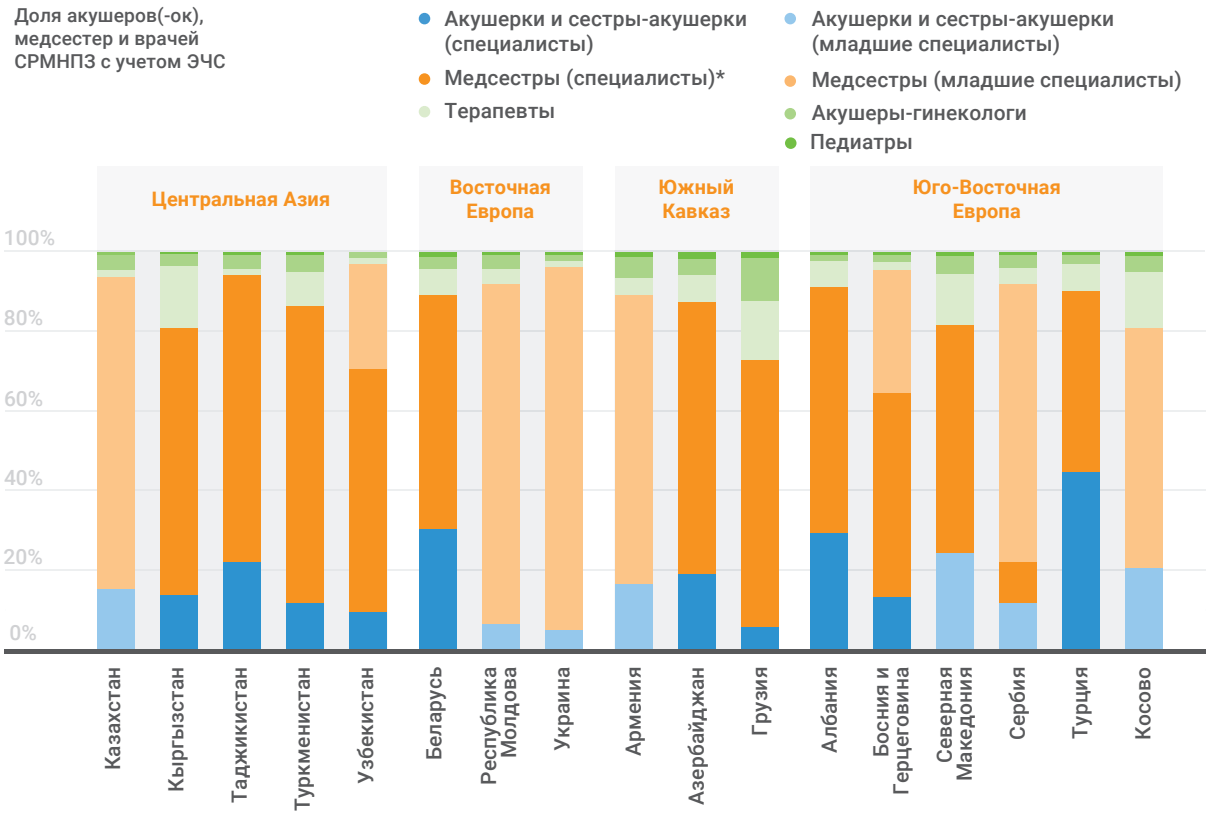


Примечание: в число медсестер (специалистов и младших специалистов) не включены медсестры-акушерки/медбратья-акушеры.

На рисунке 2.7 показан состав основных групп занятий среди работников с поправкой на ЭЧС: акушеры(-ки)/медсестры-акушерки/медбратья-акушеры (синие сегменты), медсестры (оранжевые сегменты) и врачи СРМНПЗ (зеленые сегменты). По региону в целом 16% работников с поправкой на ЭЧС из этих трех групп – это акушеры(-ки)/медсестры-акушерки/медбратья-акушеры, 77% – медсестры и 7% – врачи.

В общем по миру на акушеров(-ок) приходится 19% работников с учетом ЭЧС. По этому показателю регион ВЕЦА в целом находится на среднемировом уровне. Как и ранее, здесь наблюдаются различия между странами и территориями. Например, в Турции почти половина работников с учетом ЭЧС – это акушеры(-ки), а в Албании и Беларуси на их долю приходится около одной трети численности работников с учетом ЭЧС. И напротив, в Грузии, Республике Молдова и Украине доля акушеров(-ок) в составе работников с учетом ЭЧС насчитывает менее 10%. В нескольких странах и территориях относительно большую долю работников с учетом ЭЧС составляют врачи, это наиболее заметно в Грузии, Кыргызстане и Косово.

Рисунок 2.7: Состав акушеров(-ок), медсестер и врачей СРМНПЗ с учетом ЭЧС



* В число медсестер не включены медсестры-акушерки/медбратья-акушеры. ЭЧС = эквивалент чистого СРМНПЗ.

Способность работников удовлетворять потребности в жизненно важных вмешательствах

Анализ, проведенный для настоящего доклада включает смоделированную оценку потенциально удовлетворенной потребности (ПУП) по каждой стране; это степень, в которой численность и состав работников СРМНПЗ достаточны, чтобы удовлетворить потребности населения. Оценки ПУП основаны на предположениях касательно клинического времени, необходимого для достижения всеобщего охвата существенными вмешательствами в сфере СРМНПЗ (см. веб-приложение 5 к докладу «САДвМ 2021» [26]).

Исходя из демографических и эпидемиологических показателей каждой страны, ПУП позволяет оценить максимальную долю потребности в жизненно-важных вмешательствах в сфере СРМНПЗ, которая потенциально может быть удовлетворена текущими трудовыми ресурсами, если они имеют должное образование, равномерно распределяются и работают в благоприятных условиях (и таким образом способны оказывать высококачественную помощь). Выражение «благоприятные условия» означает, что работники СРМНПЗ могут вести практику в полном объеме, отвечают за свои независимые решения в соответствии со стандартами работы, действуют в работоспособной инфраструктуре здравоохранения, где достаточно трудовых ресурсов, оборудования и материалов, имеют

доступ к своевременным и уважительным консультациям, сотрудничеству и системе перенаправлений, не испытывают физического и эмоционального напряжения и получают справедливую компенсацию, включая заработную плату и достойные условия труда. Там, где ограничения не позволяют работникам раскрывать весь свой потенциал (например, слабая инфраструктура, ненужные ограничения объемов практики, неэффективные цепочки поставок, низкое качество обучения, несправедливое географическое распределение), фактический уровень удовлетворения потребностей будет ниже, чем показывает оценка ПУП.

На рисунке 2.8 видно, что общая ПУП по региону равна 96% – это заметно выше общемирового уровня 75%, но немного ниже среднеевропейского показателя 100%. В семи странах ВЕЦА показатель ПУП равен 100%, а в четырех он ниже 95%: Армения (87%), Казахстан (75%), Республика Молдова (81%) и Украина (93%).

Низкий показатель ПУП говорит о том, что численность и/или состав работников СРМНПЗ не позволяют удовлетворить потребности. В Армении, Казахстане, Республике Молдова и Украине причина скорее в составе работников, а не в их количестве. В этих странах акушеры(-ки) и медсестры относятся к младшим специалистам, чья сфера компетенции меньше, чем у медсестер и акушеров(-ок)-специалистов. Если 10% акушеров(-ок)-младших специалистов Республики Молдова повысить до специалистов, то показатель ПУП этой страны стал бы близок к 100%.

Следует отметить, что Армения и Казахстан не участвовали в сборе данных для настоящего доклада, и поэтому в отношении этих стран мы полагались на данные из доклада «САДвМ 2021». Обе страны предоставили данные о численности акушеров(-ок) для настоящего доклада, но не указали их уровень – специалисты или младшие специалисты. Точно так же и Украина не указала, являются ли ее акушеры(-ки) специалистами или младшими специалистами. В отсутствие этой информации мы предположили, что они относятся к младшим специалистам. Если это допущение неверно и акушеры(-ки) на самом деле являются специалистами, то показатель ПУП в этих странах будет близок к 100%. Если это допущение верно и акушеры(-ки) в Армении, Казахстане и Украине являются младшими специалистами, то чтобы достичь показателя ПУП в 100%, этим странам потребуется повысить квалификацию примерно третьей части своих акушеров(-ок).

Исходя из демографических и эпидемиологических показателей каждой страны, ПУП позволяет оценить максимальную долю потребности в жизненно-важных вмешательствах в сфере СРМНПЗ, которая потенциально может быть удовлетворена текущими трудовыми.

Рисунок 2.8: Оценки ПУП в странах и территориях ВЕЦА, 2020 год

Высокий показатель ПУП говорит о том, что численность работников достаточно высока, чтобы удовлетворить потребности, но состав работников не обязательно соответствует этим потребностям. Например, страна, где много акушеров(-ок), получит такой же уровень ПУП, как и страна, где много врачей, потому что время, требуемое для вмешательства, распределяется среди доступных компетентных работников. Таким образом, если в составе работников слишком мало акушеров(-ок), то время, которое они могли бы использовать для вмешательства, переносится на имеющихся врачей и медсестер. Например, в Северной Македонии и Косово нет акушеров(-ок)-специалистов, но поскольку там относительно много врачей, в этих странах очень высокие показатели ПУП. Однако можно возразить, что давать врачам задания, которые могли бы выполнять акушеры(-ки), дорого и не эффективно. Кроме того, без возможности проконсультироваться у акушера(-ки) женщины, новорожденные и подростки лишаются уникальной концепции акушерской помощи, доказавшей свои многочисленные преимущества [30].

Чтобы лучше понять проблему плохо подобранного состава работников, мы также оценили численность акушеров(-ок), которые потребовались бы для удовлетворения всех потребностей во вмешательствах, при котором предпочтительно привлекать акушеров(-ок). Предпочтительный поставщик помощи выбирался исходя из компетенции, которую он будет иметь при условии образования и регулирования в соответствии с международными стандартами (см. веб-приложение 6 к

докладу «САДвМ 2021» [26]). При таком подходе, задания назначаются врачам в последнюю очередь, исходя из допущения, что их относительно дорого обучать и нанимать, и они нужны, только если показано врачебное вмешательство. Врачи должны быть предпочтительным поставщиком помощи, только если для выполнения задачи недоступны работники другой квалификации. С такими предпосылками в четырех странах ВЕЦА обнаруживается нехватка акушеров(-ок), несмотря на очень высокий показатель ПУП: Грузия (не хватает около 500 акушеров(-ок) с учетом ЭЧС), Кыргызстан (около 500), Республика Молдова (около 250) и Туркменистан (около 1 500). В остальных странах и на территориях наблюдается достаточная численность акушеров(-ок), но анализ из Главы 3 настоящего доклада ставит вопрос о том, соответствуют ли международным стандартам их образование и регулирование их деятельности, а также вопрос об их способности проводить вмешательства, для которых акушеров(-ок) следует выбирать предпочтительным поставщиком помощи.

Прогнозируемые потребности, спрос и предложение

Для эффективного планирования кадров и управления ими нужно понимать, почему люди приходят и уходят, и как это повлияет на наличие рабочей силы в будущем. На будущее наличие влияет несколько факторов, в том числе поступление собственных новых выпускников, миграция работников здравоохранения и возрастной профиль трудовых ресурсов. Очень немногие страны сумели предоставить данные об этих факторах, что затрудняет точный прогноз будущего наличия рабочей силы. Там, где данные предоставлены, они показаны в профиле страны и используются для прогноза поступления рабочей силы до 2030 г. В противном случае для прогноза используются стандартные допущения (см. веб-приложение 3 к докладу «САДвМ 2021» [26]).

Эти прогнозы показывают, что у всех стран и территорий ВЕЦА к 2030 году показатель ПУП будет выше 95%. Тем не менее, для трех стран прогнозируется нехватка акушеров(-ок) в 2030 году, хотя и не такая сильная, как сейчас: Грузия (нехватка около 100 акушеров(-ок) с учетом ЭЧС), Республика Молдова (около 10) и Туркменистан (около 1 000).

Фото: © ЮНФПА Украина/Сергей Тимофеев

Прогнозы ПУП основаны на потребностях населения и особенно важны для тех стран, где из-за нехватки работников СРМНПЗ они не могут удовлетворить базовые потребности в сфере СРМНПЗ. Это редко встречается в странах и на территориях ВЕЦА. Однако даже страны с показателем ПУП 100% признали нехватку акушеров(-ок) и/или других работников СРМНПЗ, так как спрос на работников СРМНПЗ и возможности их трудоустройства могут превышать пороговые значения, взятые для модели ПУП. Поэтому для формирования кадровой политики и предотвращения будущих несоответствий между спросом и предложением может оказаться полезно прогнозировать будущие неудовлетворенные потребности и спрос на работников СРМНПЗ.

В настоящем докладе для прогнозирования будущего спроса на работников СРМНПЗ принят устоявшийся подход с учетом спроса и предложения труда и с применением экономической модели, основанной на прогнозе экономического роста, демографических показателей и затрат на здравоохранение как со стороны государства, так и отдельных граждан [31]. Спрос отражает желание правительств и других покупателей платить за здравоохранение, что в свою очередь определяет спрос на работников здравоохранения.

Модель основана на допущении, что в настоящее время все страны нанимают лишь то количество работников СРМНПЗ, которое могут себе позволить[2]. Затем, путем сравнения прогноза спроса на 2030 год с прогнозируемым предложением в этом же году, составляется прогноз несоответствия спроса и предложения на 2030 год (полная информация приведена в веб-приложении 3 к докладу «САДвМ 2021» [26]). Каждая страна и территория попадает в одну из четырех категорий, описывающих прогнозируемую на 2030 год ситуацию:

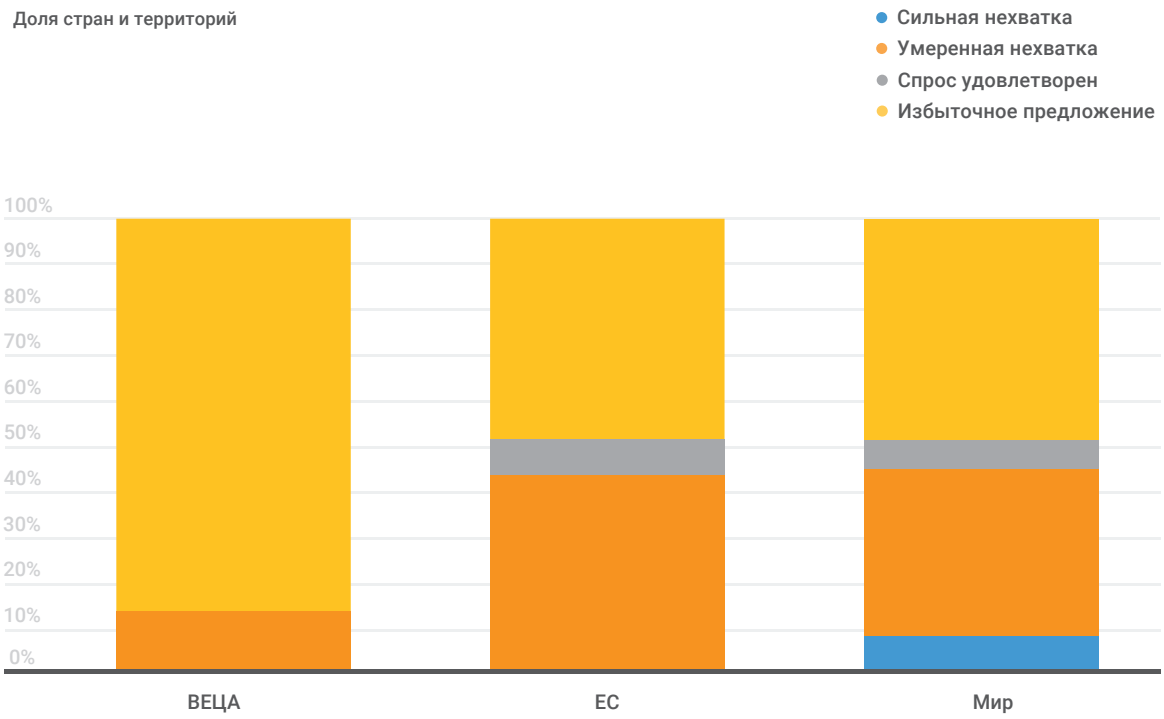
- Сильная нехватка (наличие работников СРМНПЗ составляет менее 50% от спроса)
- Умеренная нехватка (от 50% до 95% от спроса)
- Спрос удовлетворен (от 95% до 105% от спроса)
- Избыточное поступление (превышает 105% от спроса)

По прогнозу ни одна страна/территория ВЕЦА не попадает в категорию «спрос удовлетворен», что говорит о необходимости совершенствовать политики и процедуры, с целью уравнять спрос и предложение. Также по прогнозу ни одна из стран и территорий ВЕЦА не попадает в категорию «сильная нехватка». Почти всем странам и территориям прогноз предсказывает к 2030 году избыточное наличие акушеров(-ок), медсестер и врачей СРМНПЗ. Другими словами, они будут готовить больше работников СРМНПЗ, чем могут себе позволить нанимать, а это – чрезмерное расходование ресурсов, что может привести к высокому уровню безработицы среди работников СРМНПЗ. Здесь есть два исключения – Турция и Туркменистан, где прогнозируется умеренная нехватка. Это значит, что этим двум странам понадобится умеренно ускорить темпы подготовки работников СРМНПЗ, чтобы обеспечить подготовку достаточного числа работников и заполнить имеющиеся рабочие места.

На рисунке 2.9 видно, что прогноз ситуации в регионе ВЕЦА достаточно сильно отличается от прогнозов для ЕС и мира на 2030 год. В странах и на территориях ВЕЦА гораздо выше вероятность избыточной подготовки работников СРМНПЗ.

Избыточная подготовка прогнозируется примерно в **половине стран ЕС**, и **почти во всех странах и территориях ВЕЦА**.

Рисунок 2.9: Оценки спроса и предложения в странах ВЕЦА в сравнении с ЕС и миром, 2030 год



Недостаток данных о международной миграции работников СРМНПЗ – это главный ограничивающий фактор для составления прогнозов в настоящем докладе. В 2010 году Всемирная ассамблея здравоохранения приняла Глобальный кодекс *ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения*, призванный улучшить управление международным наймом персонала здравоохранения и привести его в соответствие с этическими принципами [32]. Недавно проведенное исследование выявило, что страны Европы в целом соблюдают этот кодекс, и сократили практику нарушающего этические принципы международного найма из СНСУД [33]. Тем не менее, авторы доклада 2014 года заключили, что работники здравоохранения мигрируют в страны ЕС в основном из стран Южной и Восточной Европы, что нарушает равновесие в европейском регионе [34]. Также этот доклад показал умеренную миграцию работников здравоохранения из Восточной Европы в Австралию, которая сопровождается относительно плохой интеграцией восточных европейцев в австралийскую систему здравоохранения.

У миграции работников здравоохранения есть несколько причин, включая как факторы давления, так и притяжения. К факторам давления могут относиться уровень безработицы и/или плохие условия труда на родине, а среди факторов притяжения могут быть более высокая заработная плата, лучшие условия труда и более широкие возможности для профессионального роста в стране, куда осуществляется миграция [35]. Сложность этого вопроса требует использовать многоотраслевой и региональный подход к управлению мобильностью работников здравоохранения [36].

Влияние COVID-19 на услуги и работников СРМНПЗ

Попытки сдержать вспышки заболеваний могут отвлекать ресурсы от обычной помощи в сфере СРМНПЗ [37]. Опубликованный в июне 2020 года Глобальный План ответных мер на пандемию COVID-19 [38]. определил три стратегических приоритета, одним из которых стала *«непрерывность услуг и вмешательств в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе защита работников здравоохранения»*. ЮНФПА рекомендует вкладывать время и ресурсы в адвокацию, в частности – интегрировать службы охраны СРМНПЗ с другими соответствующими службами, чтобы не проглядеть СРМНПЗ в пылу борьбы с пандемией. Стойкость к COVID-19 и иным будущим пандемиям будет зависеть от наличия таких мер.

Всемирная организация здравоохранения отметила нарушение работы служб из-за COVID-19 в нескольких областях здравоохранения. Сбор данных происходил в два этапа: В июне-августе 2020 и в январе-марте 2021 года (в таблице 2.2 показаны относящиеся к сфере СРМНПЗ данные, собранные во время второго этапа). Большинство стран и территорий ВЕЦА не предоставили свидетельств о нарушении нормальной работы в сфере СРМНПЗ. Ощутимым препятствием для работы по профилактике и недопущению насилия над сексуальным партнером (НСП) стало отсутствие необходимых данных. Это внушает беспокойство, так как имеются свидетельства, что потребность в таких услугах значительно возрастает во время кризиса [39]. Большинство стран, которые предоставили данные, сообщают об относительно низком уровне нарушения работы (менее 5%). Албания, Грузия и Украина сообщили о высокой степени нарушения работы, особенно в сфере планирования семьи и/или безопасных абортов.

Фото: © ЮНФПА Северная Македония

Таблица 2.2: Приблизительная доля услуг в сфере СРМНПЗ, нарушенных из-за COVID-19 (январь-март 2021 г.) и смертность от COVID-19 на 100 000 человек (февраль 2022 г.)

	ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ И КОНТРАЦЕПЦИЯ	АНТЕНАТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ	ПОСТНАТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ	ПРОФИЛАКТИКА И РЕАГИРОВАНИЕ НА НСП	БЕЗОПАСНЫЕ АБОРТЫ И УХОД ПОСЛЕ АБОРТА	РОДЫ В УЧРЕЖДЕНИИ	СМЕРТНОСТЬ ОТ COVID-19 (НА 100 000 ЧЕЛОВЕК)
Центральная Азия							
Казахстан	<5%	<5%	<5%	н.у.	<5%	<5%	98
Кыргызстан	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	44
Таджикистан	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	1
Туркменистан	н.и.	н.и.	н.и.	н.и.	н.и.	н.и.	н.с.
Узбекистан	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	5
Восточная Европа							
Беларусь	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	65
Республика Молдова	<5%	<5%	<5%	<5%	<5%	<5%	268
Украина	5–25%	5–25%	5–25%	н.у.	5–25%	<5%	234
Южный Кавказ							
Армения	н.и.	<5%	<5%	5–25%	<5%	<5%	273
Азербайджан	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	87
Грузия	>50%	<5%	5–25%	<5%	26–50%	<5%	384
Юго-Восточная Европа							
Албания	26–50%	5–25%	5–25%	н.у.	5–25%	<5%	118
Босния и Герцеговина	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	454
Северная Македония	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	413
Сербия	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	202
Турция	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	105
Косово	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.	175

НСП = насилие над сексуальным партнером. н.и. = «не известно», н.у. = «не установлено», н.с. = «не сообщается». Источник: данные ВОЗ о нарушении работы за 2021 год [40]. Данные ВОЗ о смертности от COVID-19, за 2022 г [41].

Всемирная организация здравоохранения определила, что риск заразиться COVID-19 среди работников здравоохранения в три и более раз выше, чем среди населения в целом [42]. Чтобы свести риск к минимуму, им требуется приоритетный доступ к вакцинам и средствам индивидуальной защиты (СИЗ). Тем не менее, доступ к вакцинам – только одна из проблем: в некоторых странах ВЕЦА среди работников здравоохранения отмечаются сомнения в отношении необходимости применения вакцин [43, 44]. Международная Конфедерация акушерок (МКА) призвала всех акушеров(-ок) пройти вакцинацию, и этим не только защитить себя самих, но и выполнить свой профессиональный долг перед пациентами [45]. В конце 2020 года глобальное исследование, проведенное ассоциациями акушерок, обнаружило,

что в большинстве стран акушерам(-кам) не хватало СИЗ, и в результате они были вынуждены изготавливать их самостоятельно или покупать их за собственные средства и/или рисковать – например, повторно пользоваться одноразовыми СИЗ или работать без СИЗ [25]. О нехватке СИЗ сообщают многие страны ВЕЦА [46, 47].

Данные о численности умерших от COVID-19 работников здравоохранения неполны и неточны. В мае 2021 года Всемирная организация здравоохранения установила, что во всем мире более 115 000 медицинских работников умерло от COVID-19, и более 40% из них (около 50 000) были из европейского региона по классификации ВОЗ [42].

Кроме риска инфекции, во время пандемии работники здравоохранения испытывают повышенный стресс на работе, изоляцию от семейной поддержки, и сильный страх за свою безопасность, что подвергает их повышенному риску реализации таких проблем, как депрессия, тревожность и выгорание [48, 49]. В Турции исследования показали, что это распространяется как на работников СРМНПЗ (в том числе студентов в интернатуре), так и на другие занятия в сфере здравоохранения [50–54]. Работникам СРМНПЗ может требоваться дополнительная психологическая поддержка в рамках планов управления в условиях пандемии и восстановления после пандемии, однако и здесь не хватает качественных данных о предпочтительных видах поддержки и об эффективности разных видов вмешательства [55, 56].

Акушерские кадры в основном состоят из женщин, и приостановка деятельности многих организаций образования, ухода за детьми и транспорта осложнило работу родителям, особенно женщинам [57]. Это также усиливает психологическую нагрузку, которую испытывают акушеры(-ки) и другие работники здравоохранения. Международная организация труда (МОТ) сообщает о заметном уменьшении среднего рабочего времени, отработанного в 2020 году, и о всего лишь частичном восстановлении этого показателя в 2021 году, причем в странах с низким и средне-низким уровнем доходов восстановление идет еще медленнее [58].

Фото: © ЮНФПА Северная Македония

С начала пандемии ЮНФПА поддерживает акушеров(-ок) самыми разными способами, в том числе: предоставляет СИЗ и учит ими пользоваться, помогает правительствам обеспечивать непрерывность оказания услуг, включая помощь по телефону, распространяет основанные на практическом опыте инструкции и помогает учреждениям образования организовать удаленное обучение. Такая поддержка оказывается и в нескольких странах ВЕЦА [59, 60].

На врезке 2.1 показан пример того, как во время пандемии акушеры(-ки) самоотверженно продолжают оказывать жизненно важную помощь. Их мужество и самоотверженность достойны похвалы, но системы здравоохранения не должны полагаться только на них. Акушеры(-ки) и их коллеги нуждаются в защите и поддержке и заслуживают их.

Врезка 2.1: Самоотверженная помощь акушеров(-ок) во время пандемии COVID-19: примеры из Турции и Узбекистана

Турция

Помогая появиться на свет новой жизни, акушерки ни на минуту не прекращают свою преданную и жертвенную работу, делая это порой ценой собственного здоровья. Во время пандемии COVID-19 они продолжают работать и прилагают дополнительные усилия, чтобы добраться до труднодоступных пациентов, обходя пациенток на дому или работая в передвижных клиниках, чтобы уменьшить нагрузку на местные системы здравоохранения.

По-турецки «Умут» значит «надежда». Около 30 лет акушерка Умут работает, даря надежду матерям и новорожденным. Она рассказывает, почему так любит свою работу: «*Я родилась в деревне, роды принимала акушерка. Ее дом до сих пор много значит для меня. Моя цель – приобрести то же значение в жизни каждой матери и ребенка, с которыми я работаю. Трудно описать словами, что чувствуешь, когда видишь появление новой жизни. Появившись на свет, новорожденный касается сначала нас, а потом своей матери. Это первое прикосновение настолько особенное, что не хватает слов... У меня только один ребенок, но я чувствую себя матерью многих десятков детей*».

Умут рассказывает, что во время пандемии COVID-19 ее работа стала очень непростой, особенно в первые месяцы. Она плачет, вспоминая коллег, умерших из-за COVID-19: «*Это было как на войне. Никто не знал, что происходит. Иногда я чувствовала сильную тревогу, отчаяние и беспомощность. Я беспокоилась о себе, своей семье, коллегах, матерях и новорожденных. Сегодня система наладилась, мы стали более организованными, больше не страдаем от нехватки оборудования... Наш долг – защищать жизнь от пандемии COVID-19: наши усилия по охране здоровья матери и ребенка теперь приобрели еще большую ценность*».

Она рассказывает, что многих беременных до сих пор тревожит COVID-19, и акушерам(-кам) трудно убеждать женщин обращаться за акушерской помощью. Она вспоминает особенно горький случай: «*Женщина на 9 месяце беременности опоздала на все осмотры за прошедшие месяцы, потому что не хотела появляться в больнице*

во время пандемии. Когда мы до нее добрались, было уже поздно. К сожалению, она потеряла ребенка».

Умут попадалось много беременных с положительным тестом на COVID-19 – она и ее коллеги навещали и вели их всех индивидуально в течение 10 дней после положительного анализа. Изменились и некоторые практики в организациях здравоохранения: «*Если у матери COVID-19, ребенок тоже может родиться с положительным анализом. Мы принимаем все необходимые меры предосторожности. Положительных беременных, матерей и новорожденных мы изолируем; услуги им оказываются в разных родильных отделениях, отделениях для новорожденных и смотровых*».

Фото: © ЮНФПА Турция/Ясин Гюнгёр

Узбекистан

«Когда женщина рожает без слез и без осложнений, ребенок издает первый крик, педиатр говорит, что ребенок здоров, и в итоге мать счастлива и благодарна нам – это счастливейший момент в нашей работе», – говорит Айсултан Джуманиязовна Чалова, старшая акушерка Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра акушерства и гинекологии.

Нет сомнений, что работа акушеров(-ок) – одна из самых трудных и ответственных. От их действий зависит не одна, а целых две жизни.

Пандемия COVID-19 сделала эту работу еще труднее. Центр закупил дополнительные концентраторы кислорода, особое внимание было обращено на использование СИЗ, а для женщин с подозрением на COVID-19 был организован оснащенный всем необходимым изолятор.

Клиника хорошо подготовилась к борьбе с распространением вируса. Не было случаев инфицирования детей, и во время пандемии клиника никогда не была на карантине. *«Я не боялась иметь дело с COVID-19. Потому что мы выбирали эту профессию с надеждой, уверенностью и желанием помогать ближнему, и теперь отвечаем за наших пациентов»,* – говорит Айсултан Джуманиязовна. Эти слова демонстрируют преданность своей профессии и чувство долга перед пациентами, невзирая на условия и риск, которому могут подвергаться акушерки.

Фото: © ЮНФПА Узбекистан/Назокатхон Файзуллаева

03

Фото: © ЮНФПА Узбекистан

Проблемы, затрагивающие акушеров(-ок) в Восточной Европе и Центральной Азии

Образование акушеров(-ок)

Важно, чтобы в системе здравоохранения было достаточно акушеров(-ок), но не менее важно, чтобы имеющиеся акушеры(-ки) оказывали помощь высокого качества. Высококачественное образование акушеров(-ок) – это существенный элемент качества медицинской помощи [61]. Недостаточное образование и подготовка снижают возможность правильного профессионального самоопределения, снижают компетенцию и уверенность акушеров(-ок) [62]. Совместно с МКА, ЮНИСЕФ и Всемирной организацией здравоохранения, ЮНФПА опубликовал руководство по укреплению качественного образования акушеров(-ок) [63]. В нем определены три стратегических приоритета: (i) образование и подготовка всех акушеров(-ок) по международным стандартам; (ii) назначение координаторов акушерского дела, способных влиять на ключевые решения по инвестициям в образование акушеров(-ок); и (iii) улучшение координации и слаженности между участниками процесса.

12 из 17 стран и территорий ВЕЦА, рассматриваемых в настоящем докладе, предоставили данные о своих программах образования акушеров(-ок). Как и в тех странах ЕС, которые предоставили данные, самый распространенный в регионе тип образования – прямое поступление на акушерскую специальность. Тем не менее, в пяти странах можно учиться по программам после завершения сестринских курсов, или получить комбинированную квалификацию «медсестра-акушерка/медбрат-акушер». Таджикистан – единственная страна ВЕЦА, где встречается больше одного вида программ образования: это и прямое поступление на акушерскую специальность, и дополнительное образование после завершения сестринских курсов.

Фото: © ЮНФПА Узбекистан

Таблица 3.1: Типы программ образования акушеров(-ок)

	СТРАНА/ ТЕРРИТОРИЯ	ПРЯМОЕ ПОСТУПЛЕНИЕ НА СПЕЦИАЛЬНОСТЬ	ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ СЕСТРИНСКИХ КУРСОВ	КОМБИНИРОВАННАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ
Центральная Азия	Кыргызстан	√		
	Таджикистан	√	√	
	Туркменистан			√
	Узбекистан	√		
Восточная Европа	Беларусь			√
	Республика Молдова	√		
	Украина			√
Южный Кавказ	Грузия	√		
Юго-Восточная Европа	Босния и Герцеговина	√		
	Сербия		√	
	Турция	√		
	Косово	√		
	Всего в Восточной Европе и Центральной Азии	8/12 (67%)	2/12 (17%)	3/12 (25%)
	Сравнение с ЕС	13/19 (69%)	6/19 (32%)	1/19 (5%)

Примечание: Албания, Армения, Азербайджан, Казахстан и Северная Македония не показаны, т.к. они не предоставили данные.

Возможность получить академическую квалификацию высокого уровня по акушерскому делу повышает репутацию акушеров(-ок) и акушерского дела. В таблице 3.2 показано, что 7 из 12 предоставивших данные стран и территорий ВЕЦА предлагают возможность получить степень бакалавра и выше, а в остальных пяти странах (Беларусь, Кыргызстан, Республика Молдова, Туркменистан и Украина) степень бакалавра по акушерскому делу недоступна, можно получить квалификацию только ниже этого уровня. Это говорит о худшей ситуации по сравнению с ЕС, где во всех странах можно получить эквивалент степени бакалавра и выше. Хотя квалификация на уровне академической степени и не является единственным способом подготовки профессиональных акушеров(-ок), она показывает, что квалификация полноценна в научном смысле.

Таджикистан и Косово сообщили, что у них есть квалификации со степенью бакалавра или ниже, что подразумевает наличие акушеров(-ок) разных уровней. Тем не менее, все акушеры(-ки) в Косово являются младшими специалистами, а в Таджикистане все имеют разряд специалистов (рисунок 2.3).

Наличие сильных университетских кафедр акушерского дела стимулирует дальнейшие исследования в этой сфере и побуждает акушеров(-ок) занимать лидирующие позиции в образовании и научной работе, и в этом есть большая потребность. Однако всего в трех странах и территориях ВЕЦА можно получить послевузовскую квалификацию по акушерскому делу: Турция, Узбекистан и Косово. Это отличается от стран-респондентов из ЕС, почти все из которых позволяют получить квалификацию по акушерскому делу, соответствующую уровню высшего или послевузовского образования.

Таблица 3.2: Доступные квалификации по акушерскому делу

	СТРАНА/ ТЕРРИТОРИЯ	ДОКТОР НАУК	МАГИСТР	БАКАЛАВР	НИЖЕ БАКАЛАВРА
Центральная Азия	Кыргызстан				√
	Таджикистан			√	√
	Туркменистан				√
	Узбекистан	√	√	√	
Восточная Европа	Беларусь				√
	Республика Молдова				√
	Украина				√
Южный Кавказ	Грузия			√	
Юго-Восточная Европа	Босния и Герцеговина			√	
	Сербия			√	
	Турция	√	√	√	
	Косово		√	√	√
	Всего в Восточной Европе и Центральной Азии	2/12 (17%)	3/12 (25%)	7/12 (59%)	7/12 (59%)
	Сравнение с ЕС	9/18 (50%)	16/18 (89%)	18/18 (100%)	0/18 (0%)

Примечание: Албания, Армения, Азербайджан, Казахстан и Северная Македония не показаны, т.к. они не предоставили все затребованные данные. В то же время Азербайджан подтвердил, что в стране нет квалификаций по акушерскому делу уровня магистра или доктора наук.

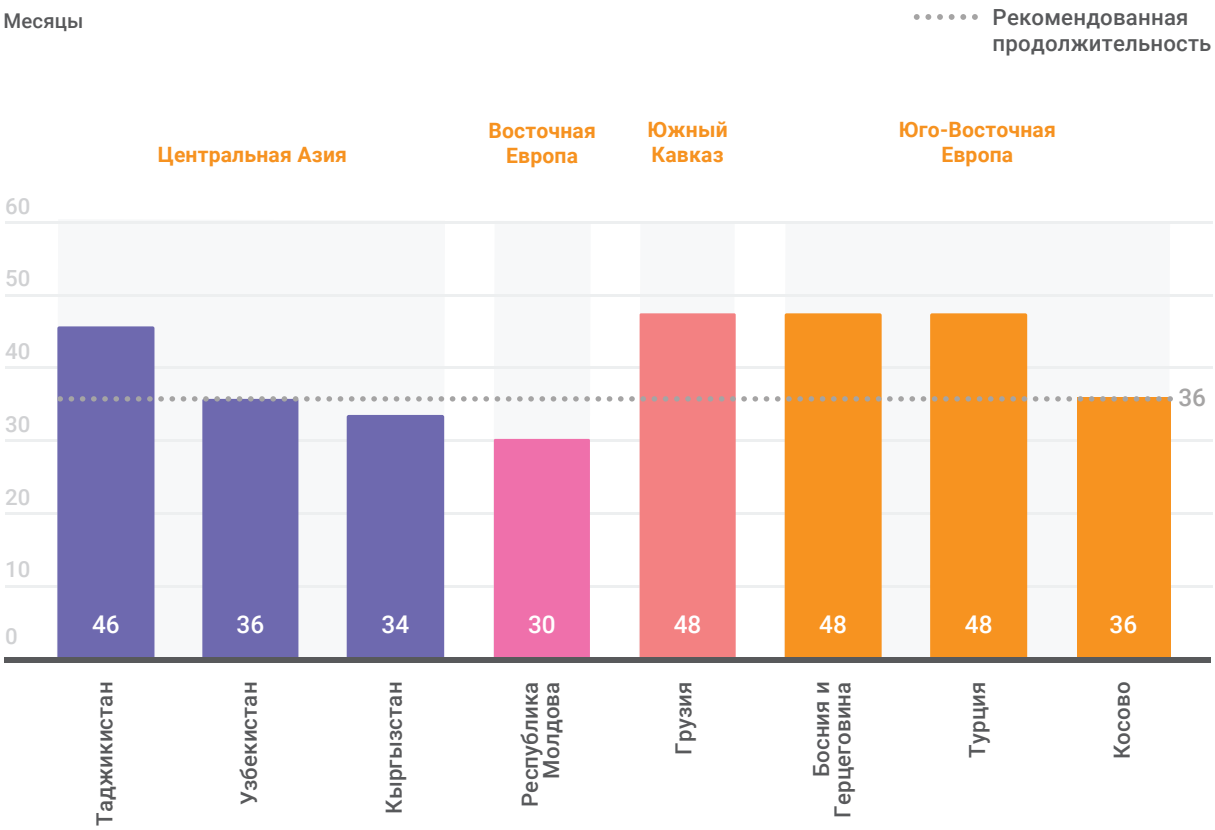
МКА рекомендует основывать программы обучения акушеров(-ок) на компетенциях [64]. Всего 4 из 13 стран ВЕЦА, приславших данные для исследования ВОЗ 2018/19 годов [65], имели национальную политику (инструкции) по образованию поставщиков акушерской помощи на основе компетенций, установленных МКА: Албания, Армения, Турция и Узбекистан.

Кроме того, МКА рекомендует минимум трехлетнюю продолжительность программ прямого специального обучения, и не менее 18 месяцев для программ после окончания сестринских курсов [64]. 6 из 8 стран и территорий ВЕЦА, где есть прямое поступление на специальность, соответствует этой рекомендации или превышают ее. С другой стороны, в Кыргызстане и в Республике Молдова программы ненамного короче рекомендованных 36 месяцев (рисунок 3.1).

Из двух стран, где имеются программы обучения после окончания сестринских курсов, одна (Сербия) соответствует рекомендованной продолжительности в 18 месяцев, а другая (Таджикистан) не соответствует. У МКА нет требований к продолжительности комбинированного обучения по специальности «медсестра-акушерка/медбрат-акушер». Тем не менее, учитывая, что рекомендованная продолжительность программы прямого специального обучения составляет 36 месяцев, было бы разумно ожидать, что комбинированная программа должна длиться дольше 36 месяцев, чтобы адекватно осветить вопросы как акушерского, так и сестринского дела. Тем не менее, все страны, где есть комбинированные программы, сообщают

об их продолжительности менее 36 месяцев (Беларусь: 34 месяца, Туркменистан: 30 месяцев, Украина: 29 месяцев). Это может объяснить, почему на рисунке 2.3 показано, что все украинские медсестры-акушерки/медбратья-акушеры имеют квалификацию «младший специалист». В то же время все акушеры(-ки) и медсестры-акушерки/медбратья-акушеры в Беларуси и Туркменистане имеют квалификацию специалистов, несмотря на относительно короткие программы их обучения.

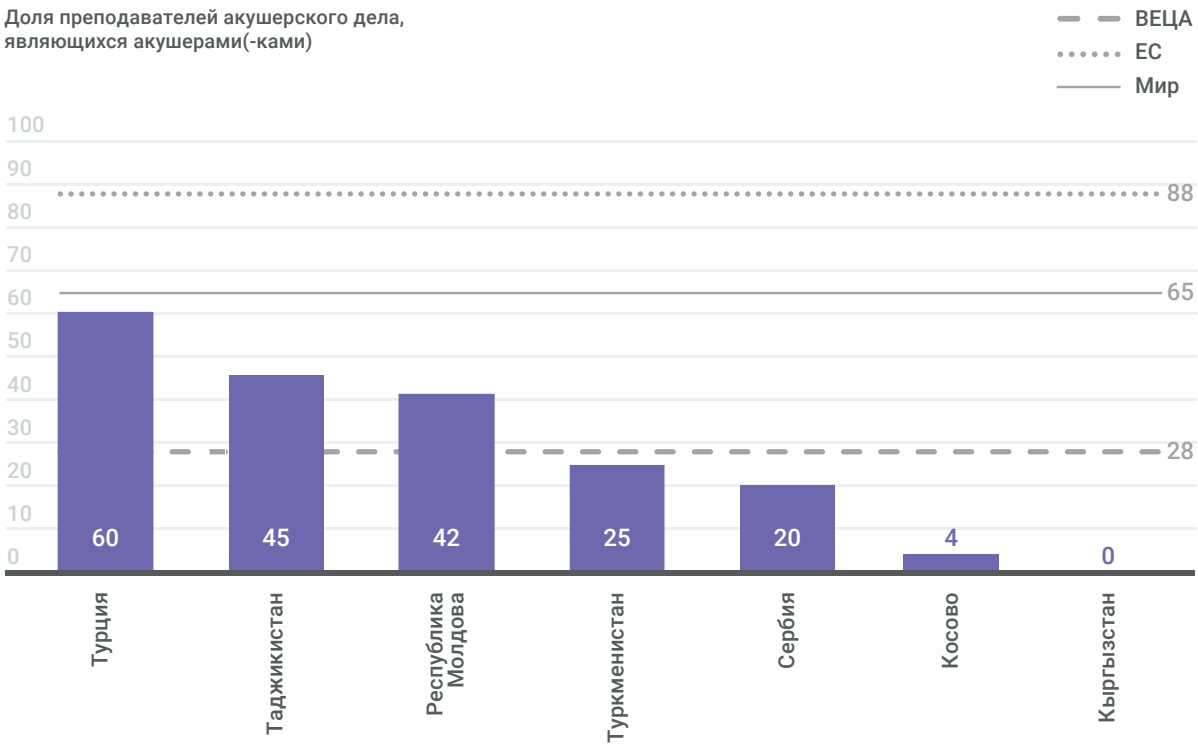
Рисунок 3.1: Длительность программ прямого обучения специальности акушеров(-ок)



В своих глобальных стандартах обучения МКА рекомендует, чтобы программы обучения акушерскому делу возглавляли акушеры(-ки), а в преподавательский состав входили в основном акушеры(-ки) с профессиональной квалификацией по акушерскому делу, получившие формальное педагогическое образование [64]. Только семь стран и территорий ВЕЦА сообщили, какая часть преподавателей акушерского дела является акушерами(-ками).

На рисунке 3.2 видно, что в среднем всего 28% преподавателей акушерского дела является акушерами(-ками), причем этот показатель колеблется от 4% в Косово до 60% в Турции. Это очень низкий показатель по сравнению со средним по миру 65% и в ЕС 88%. Очень низкий показатель Косово подтверждает результаты предыдущего исследования, выявившего недостаток акушеров(-ок), имеющих нужную для преподавания квалификацию [66].

Рисунок 3.2: Доля преподавателей акушерского дела, являющихся акушерами(-ками)



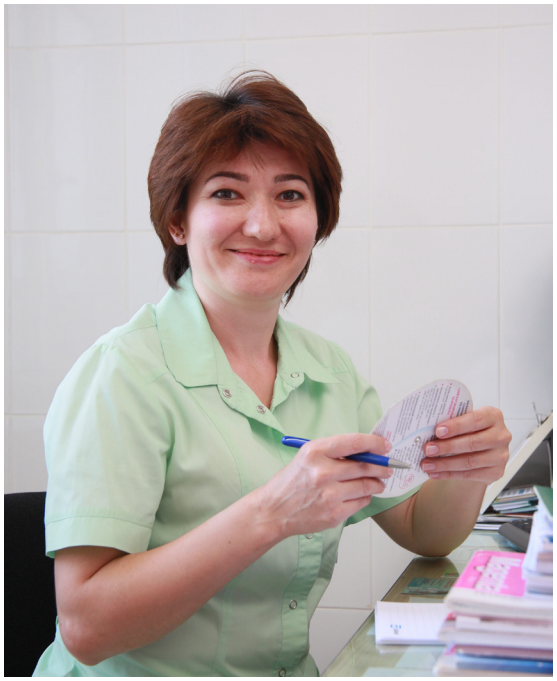


Фото: © ЮНФПА Узбекистан

Учебная программа рекомендованной продолжительности и большая доля акушеров(-ок) в составе преподавателей – важные индикаторы качества

образования, но их одних недостаточно, чтобы обеспечить качество. Другие исследования, охватившие страны и территории ВЕЦА, выявили несколько дополнительных проблем в обеспечении высококачественного образования акушеров(-ок), в том числе:

- Нехватка учебных материалов, особенно за пределами столичных городов [67–69]
- Несоответствие теории практике и недостаток возможностей для получения опыта до завершения образования [66–68, 70], усугубленные пандемией COVID-19 [71]
- Слабая гармонизация глобальных и региональных стандартов в области образования акушеров(-ок) [72, 73], включая упор в учебных программах на медицинскую, а не физиологическую модель деторождения [73, 74]
- Нехватка четких стандартов образования [68]
- Недостаток процессов аккредитации для программ обучения [73]

Фото: © ЮНФПА Таджикистан

Фото: © ЮНФПА Таджикистан/Нозим Каландаров

Врезка 3.1 рассказывает об инициативе из Таджикистана, призванной улучшить качество акушерской помощи в сельских районах путем пересмотра учебных планов (включая упор на практический опыт) и с помощью адресных инициатив для сельских акушеров(-ок).

Врезка 3.1: Расширение возможностей сельских акушерок в Таджикистане

Как во многих других странах, в Таджикистане трудно найти качественную акушерскую помощь на селе. Несмотря на существование национальной профессиональной ассоциации акушерок, акушерская сеть развита слабо, и акушеры(-ки) из сельской местности иногда испытывают трудности с доступом к преимуществам от членства в ассоциации из-за недостатка ресурсов.

ЮНФПА, выступая через Таджикскую ассоциацию планирования семьи (ТАПС), добился заметного прогресса в укреплении потенциала сельских акушеров(-ок) путем расширения возможностей поставщиков первичной медицинской помощи и технической поддержки в совершенствовании планов обучения и подготовки в медицинских колледжах по всей стране.

Чтобы рассказать об ассоциации акушерок, в 2021 году ТАПС организовала два семинара для акушеров(-ок). Цели семинара: совершенствование сети и связей акушеров(-ок) друг с другом и с Министерством здравоохранения и социальной защиты, усиление влияния и поддержки акушеров(-ок), и повышение информированности о последних изменениях, в том числе и понимание доклада «САДвМ 2021».

Одна из участниц семинара рассказала: *«Окончив колледж, я вернулась работать в свою деревню. Из-за плохого доступа к ресурсам мне было сложно узнавать о новых актуальных стандартах и услугах в сфере акушерского дела. Этот семинар помог мне узнать об ассоциации и встретиться с другими акушерками, чтобы делиться опытом и знаниями».*

Среди участников были и преподаватели из медицинских колледжей страны. Они обсудили новую редакцию учебного плана и внедрение в медицинских колледжах Таджикистана программы специального обучения акушерскому делу. Участники углубили свои знания о программах обучения по международным стандартам. Особое внимание было уделено практическим аспектам подготовки.

Коэффициент материнской смертности в Таджикистане быстро сократился (см. таблицу 1.1) – это большой успех страны, а акушеры(-ки) вносят свой важный вклад.

Политический и нормативный климат

В каждой стране законодательство регулирует образование, практику и лицензирование акушеров(-ок). Национальные законы и правила устанавливают, кто может называться акушером(-кой) и определяют объем практики акушеров(-ок).

Ассоциации акушеров(-ок) создаются, чтобы помогать представителям профессии и обеспечивать руководство, чтобы укреплять и продвигать роль и влияние акушеров(-ок). В 8 из 13 стран и территорий ВЕЦА, приславших данные, есть специальные профессиональные объединения акушеров(-ок). Примечательно, что половина этих стран находится в Восточной Европе: в других частях региона ассоциации акушеров(-ок) не так распространены. И снова это довольно низкий показатель по сравнению со средним уровнем в мире и ЕС (таблица 3.3).

Таблица 3.3: Существование специальных акушерских ассоциаций

ДА	НЕТ
Босния и Герцеговина, Грузия, Кыргызстан, Республика Молдова, Сербия, Таджикистан, Турция, Косово	Азербайджан, Беларусь, Туркменистан, Украина, Узбекистан
Всего в Восточной Европе и Центральной Азии: 8/13 (62%)	Всего в Восточной Европе и Центральной Азии: 5/13 (38%)
Всего в ЕС: 17/19 (90%)	Всего в ЕС: 2/19 (10%)
Всего в мире: 89/115 (77%)	Всего в мире: 26/115 (23%)

Примечание: Албания, Армения, Казахстан и Северная Македония не показаны, т.к. они не предоставили данные.

На врезке 3.2 вы найдете описание того, что ассоциация акушерок Косово сделала, чтобы повысить информированность о важности хорошо организованного акушерского дела, и на самом высоком уровне продвигать необходимость совершенствования служб охраны СРМНПЗ в сельских районах. Это хороший пример того, как ассоциации могут получать ощутимые выгоды для своих членов, а также для матерей и новорожденных.

Фото: © ЮНФПА Туркменистан

Врезка 3.2: Ассоциация акушерок Косово выступает за усиление роли акушерок

Ассоциация акушерок Косово (ShMAKS) входит в МКА. Она вместе с объединением женщин Косово работала на усилением роли акушеров(-ок) путем повышения осведомленности и пропагандистской деятельности: «Способствовать укреплению здоровья матери и ребенка путем усиления роли акушеров(-ок)».

В Косово, особенно в сельских населенных пунктах вдалеке от крупных центров, женщины и девочки могут испытывать трудности с доступом к службам охраны СРМНПЗ, несмотря на то, что доступ к таким службам гарантирован Конституцией и законодательством Косово. Кроме того, отсутствие таких служб заставило акушеров(-ок) оказывать услуги, не входящие в их компетенцию, а женщины для получения услуг были вынуждены далеко ездить или посещать частные клиники.

Ассоциация ShMAKS подняла два вопроса: (I) нарушение закона состоит в отсутствии услуг в непосредственной близости к общинам, что подвергает опасности здоровье женщин, девочек и новорожденных; и (ii) акушерам(-кам) не разрешается заниматься профессией, которой они учились.

Президент ShMAKS Магбуле Элези сумела заручиться поддержкой благотворителей, что позволило ассоциации вести пропагандистскую деятельность. Для этого проводились: (i) встречи с парламентскими комитетами в различных областях права, (ii) телевизионные дебаты на нескольких каналах, (iii) дебаты с активными членами Парламента Косово и муниципальных собраний, и (iv) общественные дебаты.

В 2021 году Ассоциация ShMAKS встречалась с президентом Республики Косово и рассказала ей о текущих проблемах в области репродуктивного здоровья женщин в сельской местности. Стороны договорились, что с помощью Офиса Президента Ассоциация акушерок Косово организует для женщин и девочек различные информационные кампании по услугам СРМНПЗ, и будет совершенствовать координацию и системы выдачи направлений между больницами и клиниками, где практикуют акушеры(-ки).

В трех четвертях стран мира есть законодательство, отличающее акушерское дело от сестринского. В регионе ВЕЦА всего 7 из 13 приславших данные стран и территорий имеют такое законодательство. И снова это довольно низкий показатель по сравнению с уровнем стран-респондентов из ЕС, где почти во всех странах проводится законодательное различие между двумя этими профессиями (таблица 3.4).

Таблица 3.4: Законодательное отличие акушерского дела от сестринского

YES	NO
Босния и Герцеговина, Грузия, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан, Турция, Туркменистан	Азербайджан, Беларусь, Сербия, Украина, Узбекистан, Косово
Всего в Восточной Европе и Центральной Азии: 7/13 (54%)	Всего в Восточной Европе и Центральной Азии: 6/13 (46%)
Всего в ЕС: 18/19 (95%)	Всего в ЕС: 1/19 (5%)
Всего в мире: 61/79 (77%)	Всего в мире: 18/79 (23%)

Примечание: Албания, Армения, Казахстан и Северная Македония не показаны, т.к. они не предоставили данные.

В половине стран мира есть акушеры(-ки) на руководящих постах[2] национального уровня, и в такой же пропорции имеются акушеры(-ки) на руководящих ролях на уровне субъектов и в регулирующих органах. Тем не менее, всего одна страна из 13 стран-респондентов региона ВЕЦА (Таджикистан) сообщает о наличии координаторах акушерского дела: один в Министерстве здравоохранения (МЗ) и один в региональном отделении МЗ. Четыре страны и территории ВЕЦА (Грузия, Республика Молдова, Туркменистан и Косово) сообщили о наличии координаторов акушерского дела на каком-либо из этих уровней. Остальные восемь стран затруднились ответить. Опять же, это низкий уровень по сравнению с ЕС (который, в свою очередь, отстает от среднемирового показателя): в 3 из 19 участвовавших в исследовании странах ЕС есть координаторы акушерского дела на национальном уровне, в 4 они есть на уровне субъектов, и в 12 странах координаторы акушерского дела присутствуют в регулирующих органах.

В таблице 3.5 представлены политические предпосылки для организации акушерского дела в регионе. В трех четвертях приславших данные странах ВЕЦА (включая все центральноазиатские страны) есть национальная политика или инструкция, которые рекомендуют уход под руководством акушерки/акушера для беременных. Исключения – Грузия, Сербия и, возможно, Северная Македония. Также в большинство стран-респондентов есть национальные политики/инструкции, рекомендующие уход под руководством акушерки/акушера в послеродовом периоде, а в одной стране установлены рамки компетенции для помощи матерям и/или новорожденным. Однако только у четырех стран имеется национальная политика/инструкции, основанные на установленных МКА уровнях компетентности. В ЕС такие политики/инструкции встречаются гораздо чаще, чем в странах ВЕЦА.

Только у четырех стран ВЕЦА есть все пять элементов таких политик/инструкций на национальном уровне: Албания, Армения, Турция и Узбекистан. Об отсутствии всех пяти элементов сообщила только Грузия.

2 Выражение «руководящая роль» означает несколько руководящих и исполнительных должностей, в том числе: старший акушер(-ка), акушер-(ка)-консультант, акушер(-ка)-директор, консультант по вопросам материнства, ответственный акушер(-ка), президент, главный исполнительный директор, исполнительный директор и председатель.

Таблица 3.5: Политические предпосылки для организации акушерского дела

		НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА (ИНСТРУКЦИЯ)...				
		...РЕКОМЕНДУЕТ ПОМОЩЬ ПОД РУКОВОДСТВОМ АКУШЕРА(-КИ) ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ	...РЕКОМЕНДУЕТ ПОМОЩЬ ПОД РУКОВОДСТВОМ АКУШЕРА(-КИ) ПРИ ДЕТОРОЖДЕНИИ	...РЕКОМЕНДУЕТ ПОМОЩЬ ПОД РУКОВОДСТВОМ АКУШЕРА(КИ) В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	...УСТАНАВЛИВАЕТ РАМКИ КОМПЕТЕНЦИЙ В ДЕЛЕ ПОМОЩИ МАТЕРЯМ И/ИЛИ НОВОРОЖДЕННЫМ	...О РЕГУЛИРОВАНИИ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ ОСНОВАНА НА УРОВНЯХ КОМПЕТЕНЦИИ, УСТАНОВЛЕННЫХ МКА
Центральная Азия	Казахстан	√	√	√	√	н.и.
	Кыргызстан	√	√	√	x	x
	Таджикистан	√	√	√	√	н.и.
	Туркменистан	√	√	√	√	x
	Узбекистан	√	√	√	√	√
Восточная Европа	Республика Молдова	√	√	x	√	x
Южный Кавказ	Армения	√	√	√	√	√
	Азербайджан	√	√	√	x	x
	Грузия	x	x	x	x	x
Юго-Восточная Европа	Албания	√	√	√	√	√
	Северная Македония	н.и.	н.и.	н.и.	н.и.	н.и.
	Сербия	x	x	x	√	x
	Турция	√	√	v	√	√
	Всего в Восточной Европе и Центральной Азии	10/13 (77%)	10/13 (77%)	9/13 (70%)	9/13 (70%)	4/13 (31%)
	Сравнение с ЕС	16/21 (77%)	16/21 (77%)	16/21 (77%)	18/21 (86%)	14/21 (67%)

Примечание: Босния и Герцеговина, Беларусь, Украина и Косово не показаны, т.к. они не предоставили данные. МКА = Международная Конфедерация акушерок. н.и. = «не известно». Источник: ВОЗ, 2020 [65].

Эти результаты показывают, что помощь под руководством акушера(-ки) имеет политическую поддержку в большинстве стран ВЕЦА. Тем не менее, наличие политики – всего лишь первый шаг, а реализовать политику может оказаться непросто. Существует не так много свидетельств широкого распространения помощи под руководством акушера(-ки) в регионе, несмотря на заявления стран о наличии политик, в которых рекомендуется такая помощь.

Еще один элемент высококачественного здравоохранения – наличие эффективных систем регулирования и лицензирования работников здравоохранения. В таблице 3.6 показано, что примерно в половине представивших данные стран и территорий ВЕЦА (в 6 из 13) есть система регулирования конкретно акушерской деятельности, но ни в одной из стран нет органов, регулирующих деятельность акушеров(-ок). В большинстве остальных стран и территорий регуляторы не различают акушеров(-ок) и других медицинских специалистов (например, медсестер), а в двух странах (Грузии и Косово) и вовсе отсутствуют системы регулирования деятельности акушеров(-ок). В целом по

миру и ЕС примерно в 3/4 стран имеются специальные нормативно-правовые системы для акушеров(-ок) (будь то отдельный регулирующий орган или специальные политики и процедуры, относящиеся только к акушеркам).

В вопросе лицензирования акушеров(-ок) страны и территории ВЕЦА в целом идут в ногу со средними показателями по миру и ЕС. Всего в пяти из 13 предоставивших данные стран и территорий (38%) есть системы обязательного лицензирования, при которых акушеры(-ки) обязаны периодически представлять доказательства непрерывного повышения квалификации (НПК), чтобы сохранить лицензию на ведение практики, и это близко к мировым показателям: 33% по миру и 37% в ЕС. В четырех странах ВЕЦА системы лицензирования не требуют НПК. В четырех странах (три из них находятся в Центральной Азии) для ведения практики акушеркам не нужны лицензии.

Таблица 3.6: Системы регулирования и лицензирования акушеров(-ок)

Система регулирования акушерской деятельности	Страны/территории, где есть такая система
Специальный регулирующий орган для акушеров(-ок)	-
Нет специального регулирующего органа по акушерскому делу, однако есть отдельные политики и процедуры для акушеров(-ок)	Азербайджан, Кыргызстан, Республика Молдова, Сербия, Таджикистан, Узбекистан
Нет специального регулирующего органа по акушерскому делу, нет специальных политик и процедур	Беларусь, Босния и Герцеговина, Турция, Туркменистан, Украина
Отсутствует официальная нормативно-правовая система по акушерскому делу	Грузия, Косово
Система лицензирования акушерской деятельности	**Страны/территории, где есть такая система**
Обязательное лицензирование с периодическим повторным получением лицензий, также требуется НПК	Республика Молдова, Сербия, Таджикистан, Украина и Косово
Обязательное лицензирование, но НПК не требуется	Беларусь, Босния и Герцеговина, Грузия, Турция
Лицензирование не обязательно	Азербайджан, Кыргызстан, Туркменистан[3], Узбекистан

НПК = непрерывное повышение квалификации. Примечание: Албания, Армения, Казахстан и Северная Македония не показаны, т.к. они не предоставили данные.

Системы лицензирования и регулирования жизненно важны для безопасной практики, но их одних недостаточно, чтобы добиться максимального вклада акушеров(-ок) в улучшение сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивных прав. Во многих странах акушеры(-ки) не имеют права выполнять задачи, обычно входящие в компетенцию акушера(-ки) – например, основные функции базовой неотложной акушерской и неонатальной помощи (БНАНП). В таблице 3.7 показано, что ни в одной из стран и территорий ВЕЦА акушеркам не разрешено выполнять более пяти из семи основных функций БНАНП. Самый широкий спектр практики имеется в странах Центральной Азии, за исключением Узбекистана. Самые сильные ограничения наблюдаются в

3 Акушеркам из туркменского государственного сектора полученные образование и квалификация дают законное право на ведение практики, но при этом отсутствует эквивалентное законодательство для частного сектора и поэтому Туркменистан отнесен к категории «не обязательно».

странах и на территориях Юго-Восточной Европы, кроме Боснии и Герцеговины. Также из таблицы 3.7 видно, что регион сильно отстает от мировых и европейских средних уровней по этому параметру: в подавляющем большинстве стран мира акушеркам разрешено выполнять пять из семи основных функций, а примерно в половине стран – и остальные две функции.

Таблица 3.7: Разрешение акушерам(-кам) выполнять основные функции БНАНП

		ПАРЕНТЕ-РАЛЬНЫЕ АНТИ-БИОТИКИ	ПРОТИВО-СУДОРОЖНЫЕ СРЕДСТВА	РОДОСТИМУ-ЛИРУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ	УДАЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ РУЧНЫМ СПОСОБОМ	РУЧНАЯ ВАКУУМ-АСПИРАЦИЯ	ИНСТРУМЕН-ТАЛЬНЫЕ РОДЫ (ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ)	РЕАНИМАЦИЯ НОВОРОЖДЕННОГО С КИСЛОРОДНЫМ МЕШКОМ И МАСКОЙ
Центральная Азия	Кыргызстан	√	√	√	√	x	x	√
	Таджикистан	√	√	√	√	x	x	√
	Туркменистан	√	x	x	√	√	√	√
	Узбекистан	x	x	√	x	x	x	√
Восточная Европа	Беларусь	x	x	x	x	x	√	√
	Республика Молдова	√	√	√	x	x	x	x
	Украина	√	√	√	x	x	x	x
Южный Кавказ	Азербайджан	√	x	x	x	x	x	x
	Грузия	√	√	√	x	x	x	x
Юго-Восточная Европа	Босния и Герцеговина	√	√	√	√	x	√	x
	Сербия	x	x	x	x	x	x	x
	Турция	x	x	x	x	x	x	√
	Косово	x	x	x	x	x	√	x
	Всего в Восточной Европе и Центральной Азии	8/13 (62%)	6/13 (47%)	7/13 (54%)	4/13 (31%)	1/13 (8%)	4/13 (31%)	6/13 (47%)
	Сравнение с ЕС (19 стран)	74%	58%	85%	43%	6%	27%	90%
	Сравнение со всем миром (79 стран)	92%	89%	95%	78%	51%	52%	97%

Примечание: Албания, Армения, Казахстан и Северная Македония не показаны, т.к. они не предоставили данные.

Подобным образом, хотя Всемирная организация здравоохранения говорит, что акушеры(-ки) могут безопасно и эффективно предлагать широкий ассортимент средств контрацепции [75], нормативные базы некоторых стран ограничивают ассортимент средств, которые разрешено назначать акушерам(-кам). Примерно половина предоставивших данные стран и территорий ВЕЦА разрешает акушерам(-кам) давать

противозачаточные таблетки и делать инъекции, но всего несколько стран разрешает им ставить внутриматочные противозачаточные средства (ВПС) и использовать экстренную контрацепцию, и ни в одной из стран акушерам(-кам) не позволено ставить импланты. В противоположность основным функциям БНАНП, страны и территории ВЕЦА реже чем страны ЕС ограничивают объем акушерской практики, но по сравнению со среднемировым уровнем, страны и территории ВЕЦА демонстрируют необоснованно высокую степень ограничений. В таблице 3.8 показано, что меньше ограничений в странах Центральной Азии (кроме Узбекистана) и в Республике Молдова.

Таблица 3.8: Разрешение акушерам использовать современные методы контрацепции

		ИНЪЕКЦИИ	ТАБЛЕТКИ	ВНУТРИМАТОЧНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ	ЭКСТРЕННАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ	ИМПЛАНТЫ
Центральная Азия	Кыргызстан	√	√	√	√	x
	Таджикистан[4]	√	√	x	√	x
	Туркменистан	√	√	x	√	x
	Узбекистан	x	x	x	x	x
Восточная Европа	Беларусь	x	x	x	√	x
	Республика Молдова	√	√	√	√	x
	Украина	x	x	x	x	x
Южный Кавказ	Азербайджан	x	√	x	x	x
	Грузия	x	x	x	x	x
Юго-Восточная Европа	Босния и Герцеговина	√	√	x	x	x
	Сербия	x	x	x	x	x
	Турция	√	x	√	x	x
	Косово	x	√	x	x	x
	Всего в Восточной Европе и Центральной Азии	6/13 (47%)	7/13 (54%)	3/13 (24%)	5/13 (39%)	0/13 (0%)
	Сравнение с ЕС (19 стран)	27%	32%	16%	27%	16%
	Сравнение со всем миром (79 стран)	87%	88%	83%	83%	78%

Примечание: Албания, Армения, Казахстан и Северная Македония не показаны, т.к. они не предоставили данные.

4 В Таджикистане акушеры(-ки), как правило, не могут ставить ВПС, но в сельской местности, где ограничен доступ к гинекологам, акушерам(-кам) разрешено оказывать эту услугу, окончив месячный курс подготовки.

Прочие основные проблемы и трудности акушерского дела в регионе

При подготовке настоящего регионального доклада было выявлено несколько других проблем и трудностей в акушерском деле, а некоторые обозначенные ранее проблемы были описаны более подробно. Это:

- *Высоко медикализированная система охраны СРМНПЗ,* в которых основной контроль осуществляют акушеры-гинекологи, которые могут не признавать важную роль акушеров(-ок) в многопрофильном коллективе.
- *Ограничения объема практики* акушеров(-ок). Например, в Беларуси есть строгое требование: роды должен сопровождать врач, а не акушер(-ка). Подобным образом, обнаружено, что политические предпосылки в целом не очень благоприятны для акушеров(-ок). Например, в Таджикистане отмечена нехватка установленных законом условий для роли акушеров(-ок) в организациях первичной медицинской помощи.
- *Обучение акушерскому делу считается подразделом сестринского дела,* а не самостоятельной дисциплиной, как в Украине. Несмотря на прогресс акушерского образования (например, недавно в Боснии и Герцеговине Университет Сараево ввел учебную акушерскую программу высшего образования первой ступени), недостаток соответствующих карьерных возможностей может заставить акушеров(-ок) работать на должностях ниже их уровня образования.
- *Проблемы качества акушерской помощи,* иногда из-за недостатка возможностей для НПК, чтобы поддерживать навыки в актуальном состоянии.
- *Нехватка* акушеров(-ок). Например, сообщается, что в Таджикистане каждый третий выпускник 2019 года не стал работать акушером(-кой) по разным причинам, включая брак, миграцию и низкую заработную плату. В Грузии профессия не считается престижной.

Фото: © ЮНФПА Кыргызстан

04

Фото: © ЮНФПА Республика Молдова

Акушеры(-ки): жизненно важные инвестиции

В этой главе описана потенциальная окупаемость инвестиций в акушерское дело и приведены рекомендации по продвижению этой профессии в регионе. Акушеры(-ки) проводят многие жизненно-важные клинические вмешательства в области СРМНПЗ и могут выступать в более широкой роли, продвигая первичную медицинскую помощь и ВОУЗ, осуществляя реагирование на насилие над женщинами, и борясь за сексуальные и репродуктивные права [76]. Их близость к сообществам, в которых они работают, делает их инициаторами перемен в деле расширения прав и возможностей женщин и в изменении поведения женщин при планировании семьи, а также в работе с вредными социальными и гендерными нормами и практиками – например, с детскими и принудительными ранними браками [77]. Они могут быть контактными лицами для сообщества по услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья и могут помогать и способствовать самопомощи – например, при самостоятельном контроле кровяного давления во время беременности.

При условии надлежащей подготовки и поддержки акушеры(-ки) также могут помочь обеспечивать удовлетворение нужд наиболее нуждающихся сообществ в области СРМНПЗ.

На врезке 4.1 вы можете узнать, какой важный вклад в работу с местной общественностью вносят акушеры(-ки) в Кыргызстане и Северной Македонии.

Фото: © ЮНФПА Узбекистан

Врезка 4.1: Акушеры(-ки) – важные члены групп по работе с местной общественностью в Кыргызстане и Северной Македонии

Кыргызстан

Акушерка Гульбубу работает в составе мобильной группы ЮНФПА по вопросам репродуктивного здоровья. Она работает в передвижной клинике, обслуживая 21 000 женщин, перемещенных из-за конфликта на границе Кыргызстана и Таджикистана. Передвижная клиника дает консультации по сексуальному и репродуктивному здоровью и оказывает антенатальную и постнатальную помощь и помощь при родах.

Как-то во время дежурства Гульбубу в 3 часа ночи пришла молодая женщина по имени Кыял, у нее начались роды и появились признаки угрожающего жизни состояния – эклампсии. Гульбубу знала, что очень важно не упустить время, и немедленно дала Кыял лекарство, чтобы снизить кровяное давление, и постоянно следила за тем, как идут ее роды. С помощью Гульбубу Кыял сумела родить двух здоровых мальчиков. В Кыргызстане есть традиция называть детей по обстоятельствам их рождения. Кыял назвала малышей Жолдошбек («дружба») и Бакыт («счастье»). Кыял молилась, чтобы Кыргызстан жил в мире и дружбе с соседними странами.

И она, и ее сыновья здоровы благодаря стараниям Гульбубу, которая успокаивала ее и сумела снизить ее кровяное давление. Гульбубу отметила, что акушерам(-кам) часто не хватает поддержки, нужной для спасения жизни – это основные медикаменты, связь и транспорт, и система здравоохранения, способная оказывать экстренную акушерскую помощь. Это особенно выражено в сельских районах и в местах, затронутых конфликтами.

Северная Македония

Акушерка Данче Боневска испытывала волнение и нетерпение тем декабрьским утром, когда она вместе с многопрофильным коллективом выехала на передвижной клинике с ее места работы в Скопье в другой город. Их задача была помочь женщинам, у которых не было доступа к скринингу рака шейки матки из-за пандемии COVID-19. «*Я вызвалась по гуманитарным причинам, потому что знаю, как важен ранний скрининг рака шейки матки, а из-за пандемии эта услуга оказалась ограничена*».

У госпожи Боневской было ответственное задание. Кроме оснащения автомобиля всеми необходимыми расходными материалами и дезинфекции оборудования и аппаратуры перед отъездом, она также отвечала за первый контакт с потребителями услуги. Она готовила женщин к осмотру. Некоторые не проходили такой осмотр более 20 лет. Она рассказывала им о профилактическом скрининге и о том, почему такой скрининг важен для женского здоровья. Некоторые женщины, с которыми она говорила, были из маргинальных групп и жили в отдаленной местности. «*Важно проводить такие осмотры, особенно в передвижной клинике, потому что не каждая женщина из сельской местности может съездить в город на осмотр. Женщины*

довольны. Как коллектив мы сумели работать организованно и осматривать по 15 женщин в день», – рассказывает госпожа Боневска. Она рада, что сумела помочь стольким женщинам за один день.

Акушеры(-ки) стоят на переднем крае борьбы с COVID-19 с самого начала пандемии, стараясь оказывать высококачественную помощь. Они без сомнений поддержали идею передвижных клиник и активно участвовали в их работе, невзирая на большие нагрузки и порой плохие погодные условия. Они каждый день на своем посту, всегда рядом, когда их помощь так нужна. Каждое утро передвижные клиники выезжают в районы, где у женщин нет доступа к услугам охраны СРМНПЗ, и которые иначе чувствовали бы себя покинутыми и забытыми. Хорошее состояние здоровья женщин и новорожденных полезно для всего общества в целом, а акушеры(-ки) вносят в него весомый вклад.

Фото: © ЮНФПА Северная Македония

В целом участие женских трудовых кадров достаточно высоко в странах и на территориях ВЕЦА, но существуют определенные барьеры карьерного роста, которые женщинам особенно сложно преодолеть [78]. Несмотря на политические заявления о намерениях способствовать гендерному равенству, гендерная дискриминация и патриархальные порядки в отношении ролей женщин и мужчин пока не изжиты во многих сферах [79]. К числу трудностей относятся сокращение государственных инвестиций в социальную помощь, что ведет к увеличению зависимости от бесплатного женского труда, а это в свою очередь отвращает женщин от рабочих мест и затрудняет их карьерный рост [79]. Пандемия COVID-19 усугубила эти проблемы. Например, из-за закрытия школ и детских садов женщинам с детьми стало сложнее ходить на оплачиваемую работу [80].

Широкое участие женщин в акушерской помощи ставит вопрос о важности расширения прав и возможностей акушерок с помощью меняющих гендерные отношения политик и процессов. В докладе «САДвМ 2021» отмечено несколько вопросов, которые необходимо рассмотреть: лидерство, достойная работа без каких бы то ни было форм дискриминации и преследований, гендерное неравенство в оплате труда и трудовая сегрегация среди работников здравоохранения [25]. Приведенный в Главе 3 этого доклада анализ показывает, что во многих странах ВЕЦА акушерам(-кам) не хватает профессиональной независимости, а их навыки не признают и недооценивают как коллеги, так и пациенты. Высокая оценка и инвестиции в работу акушеров(-ок) положительно повлияют как на самих акушеров(-ок), так и на равенство полов в широком смысле этого слова.

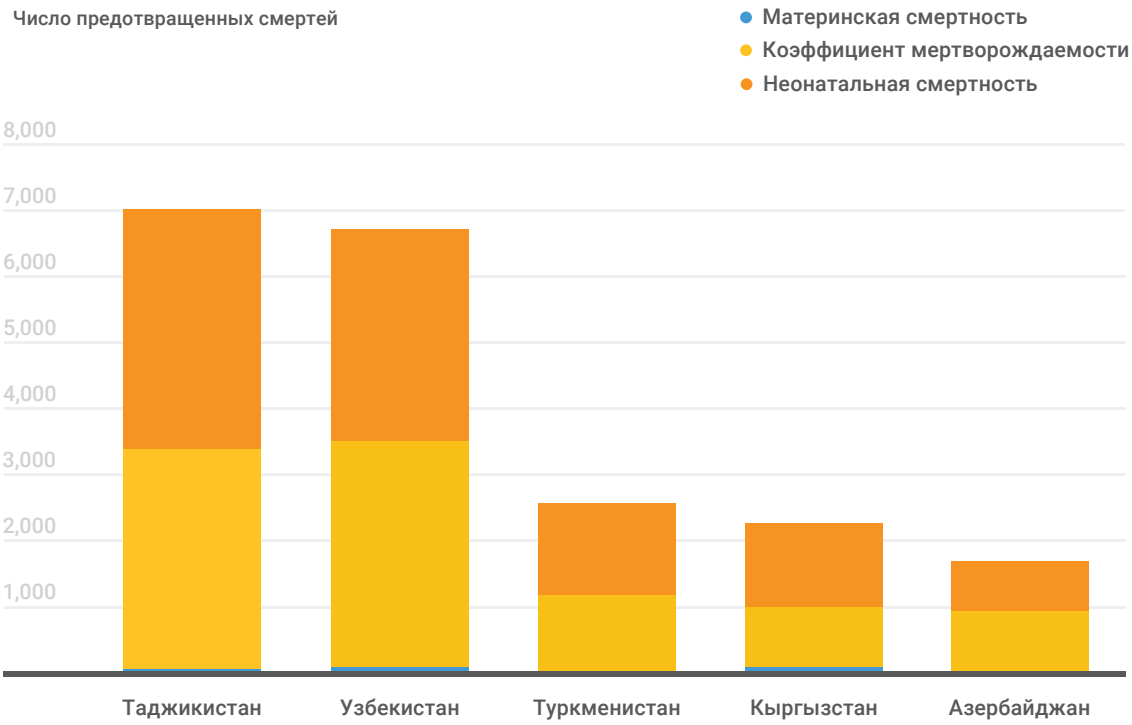
Положительное влияние акушеров(-ок)

Недавнее исследование 88 стран с самыми **высокими показателями материнской смертности, неонатальной смертности и мертворождаемости** выявило, что **всеобщий охват вмешательствами под руководством акушеров/акушерок**[5] **может предотвратить две трети таких смертей** и **к 2035 году спасти 4,3 миллиона жизней** [81].

Для настоящего доклада мы провели специальный анализ этой оценки, и выяснили, сколько жизней можно было бы спасти в пяти странах ВЕЦА: Азербайджан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан. Этот анализ показывает, что в этих странах всеобщий охват вмешательствами под руководством акушеров/акушерок может спасти 20 000 жизней в год до 2035 года (около 200 материнских жизней, около 10 000 новорожденных и около 10 000 мертворождений). На рисунке 4.1 видно, что самое большое количество спасенных жизней прогнозируется в Центральной Азии, особенно в Таджикистане (7 000) и Узбекистане (6 700).

5 Термин «вмешательство под руководством акушеров/акушерок» означает вмешательство, которое (i) может полностью самостоятельно провести профессиональный(-ая) акушер(-ка) в соответствии со стандартами, которые опубликовала МКА; (ii) прямо влияет на смертность или пищевой статус, и (iii) входит в перечень существенных видов вмешательства МКА или указано в Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков ООН.

Рисунок 4.1: Прогнозы материнской, неонатальной смертности и коэффициента мертворождаемости в странах ВЕЦА, которые можно предотвратить благодаря всеобщему охвату вмешательствами под руководством акушеров/акушерок к 2035 году



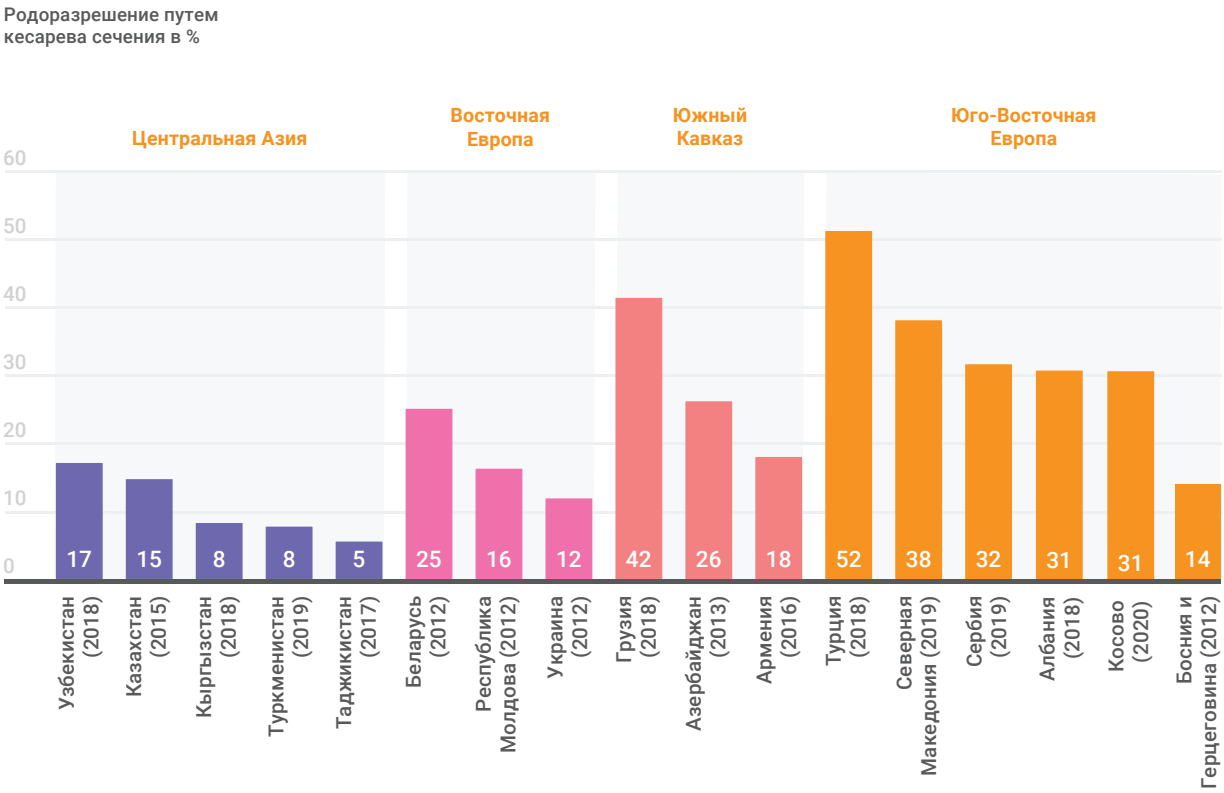
Источник: специальный анализ прогнозов, Nove et al, 2021 [81].

Структура и организация систем здравоохранения, а также экономические, социальные и культурные условия сильно отличаются между странами и регионами, что в свою очередь влияет на модель доступной женщинам охраны материнства. То, как женщины и новорожденные получают помощь во время беременности и родов, определяет состояние их здоровья. Уход под руководством акушерки/акушера, который обеспечивает непрерывность помощи, дает дополнительные преимущества, кроме спасения жизни [25]. Систематический обзор 15 исследований, в которых приняли участие почти 18 000 матерей и новорожденных из четырех стран с высоким уровнем доходов, показал преимущества, которые выразились в эффекте лечения, удовлетворении пациентов и потенциальной экономии расходов [30]. Есть свидетельства, что с помощью акушерской практики можно улучшить более 50 кратко-, средне- и долгосрочных эффектов лечения . Это: сокращение смертности и заболеваемости, уменьшение количества преждевременных родов и ненужных вмешательств, улучшение психосоциальных показателей и здоровья населения, в том числе уменьшение тревожности и более широкое применение контрацепции и иммунизации [82].

Уникальная философия акушерского дела приветствует естественные роды, когда они являются самым безопасным вариантом. Кесарево сечение спасает жизни, когда оно необходимо по медицинским показаниям. Однако часто кесарево сечение делают без медицинской необходимости. Всемирная организация здравоохранения указывает, что когда показатель кесарева сечения достигает до 10%, снижается материнская смертность и смертность

новорожденных, но уровень выше 10% не связан с дальнейшим сокращением материнской смертности и смертности новорожденных [83]. На рисунке 4.2 показаны сильные колебания показателей кесарева сечения между странами и территориями региона. В Кыргызстане, Таджикистане и Туркменистане показатели очень низкие; возможно, это говорит о плохом доступе к этому важному виду вмешательства, несмотря на то, что анализ из Главы 2 показывает, что в этих странах достаточно трудовых ресурсов (включая врачей), чтобы удовлетворить потребность в таких существенных вмешательствах, если бы она была. И напротив, в некоторых странах и территориях наблюдаются крайне высокие показатели, что говорит о чрезмерной медикализации деторождения; самые заметные страны здесь – Грузия, Северная Македония и Турция.

Рисунок 4.2: Родоразрешение путем кесарева сечения в %, за последний известный год



Источник: ЮНИСЕФ 2021 [14].

В 2018 году Всемирная организация здравоохранения опубликовала пять рекомендаций по сокращению числа кесаревых сечений при родах без медицинского обоснования, в том числе рекомендуется *«принять модель помощи, основанную на сотрудничестве акушеров(-ок) и акушеров-гинекологов (т.е. комплектация штатов, исходя из того, что помощь в основном оказывают акушеры(-ки), с круглосуточной поддержкой со стороны акушеров-гинекологов»* [84]. К числу препятствий перед выполнением этих рекомендаций относятся неуверенность медицинских работников касательно вагинальных родов и их слабые знания в этой области (особенно в странах с высоким и средним уровнем доходов), а также *«разобщенная работа коллектива ... в том числе недооценка акушеров(-ок)»*. Акушеры(-ки), чье образование и регулирование деятельности соответствуют

международным стандартам, однозначно являются экспертами по вагинальным родам, но несмотря на это Всемирная организация здравоохранения не стала рекомендовать уход под руководством акушерки/акушера, потому что к целям проведенных исследования подобной модели помощи не относилось сокращение числа кесаревых сечений без медицинской необходимости. Тем не менее, несколько недавних исследований в странах с высоким уровнем доходов показали, что уход под руководством акушерки/акушера приводит к сокращению количества кесаревых сечений [85–87].

Рекомендации по развитию акушерского дела в регионе

Доклад «САДвМ 2021» говорит, что для достижения потенциала акушеров(-ок) рекомендуется инвестировать в четыре сферы: (i) планирование, управление и регулирование медицинских кадров и их условий труда; (ii) качественное образование и подготовка акушеров(-ок); (iii) совершенствование оказания услуг СРМНПЗ под руководством акушеров(-ок) и (iv) руководство и управление акушерским делом (рисунок 4.3).

Рисунок 4.3: Виды необходимых инвестиций в акушерское дело

Настоящий доклад и доклад «САДвМ 2021» освещают сильные стороны, пробелы и трудности, оказывающие влияние на акушерские кадры в странах и на территориях ВЕЦА. Эту информацию можно использовать для стимуляции инвестиций в акушерское дело и ликвидации характерных для этого региона пробелов и препятствий.

У большинства стран и территорий ВЕЦА достаточно акушеров(-ок), чтобы

удовлетворить потребности в базовых существенных вмешательствах в области охраны СРМНПЗ, для проведения которых акушеры(-ки) обладают необходимой компетенцией. Нехватка акушеров(-ок) ощущается в четырех странах: Грузия, Кыргызстан, Республика Молдова и Туркменистан. Однако численность акушеров(-ок) – не единственный вопрос, требующий рассмотрения. Настоящий доклад в очередной раз доказывает, насколько важно правильно интерпретировать сухие цифры. Кроме того, в докладе показано, что наличие должного образования и полномочий позволяют акушерам(-кам) оказывать высококачественную помощь.

Хотя существуют многочисленные и убедительные свидетельства преимуществ ухода под руководством акушерки/акушера, акушеры(-ки) могут реализовать весь свой потенциал в сфере охраны СРМНПЗ только работая в многопрофильных коллективах и при наличии работоспособной системы выдачи направлений. Кроме того, внутри такого многопрофильного коллектива важно провести четкое профессиональное различие между акушерским и сестринским делом. Это различие отсутствует во многих странах и территориях ВЕЦА, что влияет как на государственную политику, так и на отношение общества и профессионалов к акушерам(-кам) и акушерскому делу.

Странам и территориям этого региона следует изучить принятые в их системах здравоохранения модели помощи и определить, можно ли их отрегулировать или оптимизировать, чтобы повысить эффективность и качество помощи. В том числе, чтобы улучшить коллективную работу и общий положительный эффект для здоровья населения необходимо использовать основанные на междисциплинарном сотрудничестве модели комплектации кадрами. Этот процесс может начинаться в университетах, где студенты, изучающие медицину, акушерское и сестринское дело, могут получить возможности для совместной учебы, и к тому моменту, когда они вольются в трудовые ресурсы, они привыкнут работать по такой модели, сотрудничая друг с другом.

Согласно имеющимся данным во многих странах и территориях отмечаются такие недостатки в качестве акушерского образования и подготовки, как низкий уровень квалификации, отсутствие учебных программ, основанных на компетенциях, недостаточное внимание к приобретению практического опыта и теоретических знаний, продолжительность программ короче рекомендованной, отсутствие у преподавателей акушерского дела квалификации в области акушерства, и отсутствие требований к НПК для поддержания навыков и компетенций. Для устранения этих недостатков необходимы сильные кафедры акушерства в университетах, которые так же обеспечат акушерам(-кам) более качественное образование и позволят им играть ведущую роль в исследованиях. Большинство стран ВЕЦА присоединились к Болонскому процессу [88], который позволяет улучшить гармонизацию высшего образования с ЕС, в том числе и образования акушеров(-ок). Кроме того, важно, чтобы персонал СРМНПЗ обладал необходимыми навыками для удовлетворения потребностей маргинализированных групп, таких как люди с ограниченными возможностями, пережившие НСП и больные ВИЧ.

Политический климат вокруг акушерского дела относительно благоприятен во многих странах и территориях региона. В настоящее время необходимо сосредоточиться на устранении препятствий для реализации политики, к числу которых во многих странах и территориях относится отсутствие четкого разграничения между акушерским и сестринским делом. Другим важным препятствием во многих странах и территориях является ограничение компетенции акушеров(-ок), которое встречается в этом регионе гораздо чаще, чем в других частях мира. При наличии такой проблемы регулирующим органам

следует рассмотреть потенциальные выгоды (как для систем здравоохранения, так и для потребителей услуг) от расширения сферы компетенции этих специалистов. Разумеется, любые изменения компетенции акушеров(-ок) должны производиться с учетом политических предпосылок и общего контекста системы здравоохранения, могут потребоваться мероприятия по формированию спроса на подобные услуги для устранения общественных и профессиональных заблуждений относительно акушерок и акушерского дела. Повышение осведомленности об уникальной философии и преимуществах акушерского дела также поможет защитить от чрезмерной медикализации родов, которая является проблемой во многих странах и территориях ВЕЦА, о чем свидетельствуют очень высокие показатели кесарева сечения и неоправданно жесткие правила в отношении того, какие именно специалисты могут оказывать помощь.

Назначение акушеров(-ок) на руководящие должности в департаментах, ответственных за оказание помощи СРМНПЗ, может стать важным первым шагом на пути к признанию важности акушерского дела и к соответствующим инвестициям в эту профессию. Назначение акушеров(-ок) на руководящие должности может положительно повлиять на качество принимаемых решений в области охраны СРМНПЗ, а также стать положительным примером для тех, кто учится акушерскому делу, и для начинающих акушеров(-ок). В настоящее время только одна страна ВЕЦА (Таджикистан) сообщает о наличии акушеров(-ок) на руководящих должностях в системе здравоохранения.

Сильные профессиональные объединения могут внести свой вклад и в некоторых случаях даже инициировать выполнение некоторых из этих рекомендаций. Однако во многих странах региона специальных профессиональных объединений акушерок не существует, а некоторые из существующих ассоциаций могут нуждаться в поддержке для наращивания своего потенциала.

Хотя настоящий доклад представляет много новых и целостных данных по акушерскому делу в странах и территориях ВЕЦА, однако он же выявляет ряд пробелов в имеющихся данных. Рекомендуется следующая программа региональных исследований:

- Исследования наличия работников СРМНПЗ на субнациональном уровне, с целью оценить, насколько рационально распределяются рабочие ресурсы, и если они распределяются не рационально, то где имеются основные пробелы.
- Факторы, помогающие мотивировать акушеров(-ок) и других медицинских работников жить и работать в местах, где не развиты соответствующие услуги.
- Исследование факторов, способствующих хорошему междисциплинарному сотрудничеству, и исследование внедрения методов улучшения сотрудничества и взаимодействия между акушерами(-ками) и другими специалистами СРМНПЗ.
- Исследование отношения населения к акушерам(-кам) и акушерскому делу для разработки мероприятий по формированию спроса на их услуги.
- Оценка степени соответствия содержания учебных программ глобальным рекомендациям.
- Регистрация влияния COVID-19 на различные аспекты акушерского дела, включая образование, личную безопасность, семейные и общественные отношения акушеров(-ок), и их психическое здоровье.
- Оценка эффективности различных мероприятий по психосоциальной поддержке работников СРМНПЗ, пострадавших от COVID-19.
- Регистрация эффекта от присутствия акушерок на руководящих должностях на разных уровнях системы здравоохранения.

05

Фото: © ЮНФПА Казахстан

Профили стран и территорий

1. Албания 76
2. Армения 77
3. Азербайджан 78
4. Беларусь 79
5. Босния и Герцеговина 80
6. Грузия 81
7. Казахстан 82
8. Кыргызстан 83
9. Республика Молдова 84
10. Северная Македония 85
11. Сербия 86
12. Таджикистан 87
13. Турция 88
14. Туркменистан 89
15. Украина 90
16. Узбекистан 91
17. Косово 92

Албания

НАЛИЧИЕ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ

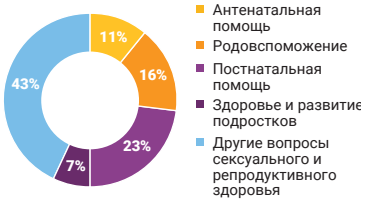
Занятие	Год	Численность (A)	Доля времени, затраченного на СРМНПЗ (B)	Эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС) (A*B)	Выпускники		Обеспеченность, на 10 000 человек
					Год	Кол-во	
Акушеры(-ки) (специалисты)	**2019**	**1 025**	100%	1 025	**2019**	**273**	**3.6**
Акушеры(-ки) (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Сестры-акушерки	**2019**	**958**	85%	814	**н.с.**	**н.с.**	**3.3**
Сестры-акушерки (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры (специалисты)	**2019**	**12 675**	30%	3 803	**2019**	**2 563**	**44.0**
Медсестры (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Работники общественного здоровья	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Практикующие парамедики	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры/медбратья сестры - ассистенты врачей	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Терапевты	**2019**	**2 016**	20%	403	**2019**	**397**	**7.0**
Акушеры-гинекологи	**2019**	**235**	50%	118	**2019**	**18**	**0.8**
Педиатры	**2019**	**288**	15%	43	**2019**	**11**	**1.0**
ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ		**17 197**		6 206			**59.8**

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - Национальная система учета кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ (НСУКЗ), по состоянию на декабрь 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, ноябрь 2021 - январь 2022 г.

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ АКУШЕРОВ(-ОК) УСЛОВИЯ

Политический климат				
Количество медсестер на руководящих должностях в ...		национальном МЗ	местных отделениях МЗ	регулирующих органах
		н.с.	н.с.	н.с.
Есть ли в вашей стране законодательство, признающее акушерское дело как профессию, отличную от сестринского дела?		н.с.		
Образование				
Программы обучения акушерскому делу		прямое обучение специальности	повышение квалификации медсестер	комбинированное
	наличие	н.с.	н.с.	н.с.
	продолжительность (мес.)	н.с.	н.с.	н.с.
Процент преподавателей акушерского дела, являющихся акушерами(-ками)		н.с.		
Все акушеры(-ки) имеют степень бакалавра или аналогичную степень?		н.с.		
Есть ли в вашей стране аспирантура по акушерскому делу?		н.с.		
Регулирование				
Не предоставлена информация о системе регулирования акушерской деятельности				
Не предоставлена информация о системе лицензирования акушерской деятельности				
Количество основных функций БНАНП, которые разрешено выполнять акушерам(-кам)		н.с.		
Количество современных средств контрацепции, которые разрешено применять акушерам(-кам)		н.с.		
Объединения				
Существует ли специальная ассоциация акушеров(-ок)?		н.с.		

ДОЛЯ ПОТРЕБНОСТИ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ



ПРОГНОЗ НАЛИЧИЯ НА 2030 Г.

В 2030 году наличие **превысит** экономические возможности для найма

ПОЯСНЕНИЯ

Албания не предоставила никаких данных для данного доклада. Показанные данные Албания предоставляла для доклада «Состояние акушерского дела в мире» 2021 г.

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - проверенные данные из исследования МКА 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, сентябрь 2021 г. или непроверенные данные из исследования МКА 2020 г.

Обозначения:
н.у. = «не установлено» | н.с. = «не сообщается» | н.и. = «не известно» | МЗ = министерство здравоохранения | НПК = непрерывное повышение квалификации | МКА = Международная Конфедерация акушерок

Армения

НАЛИЧИЕ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ

Занятие	Год	Численность (A)	Доля времени, затраченного на СРМНПЗ (B)	Эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС) (A*B)	Выпускники		Обеспеченность, на 10 000 человек
					Год	Кол-во	
Акушеры(-ки) (специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	н.с.	н.с.	**н.с.**
Акушеры(-ки) (младшие специалисты)	2017	1 188	100%	1 188	2017	236	4.0
Сестры-акушерки	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Сестры-акушерки (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры (специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	н.с.	н.с.	**н.с.**
Медсестры (младшие специалисты)	2018	12 894	40%	5 158	2018	1 289	43.5
Работники общественного здоровья	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Практикующие парамедики	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры/медбратья сестры - ассистенты врачей	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Терапевты	**2015**	**1 498**	20%	300	**н.с.**	**н.с.**	**5.1**
Акушеры-гинекологи	**2017**	**755**	50%	378	**н.с.**	**н.с.**	**2.5**
Педиатры	2017	549	15%	82	**н.с.**	**н.с.**	1.9
ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ		16 884		7 105			57.0

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - Национальная система учета кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ (НСУКЗ), по состоянию на декабрь 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, ноябрь 2021 - январь 2022 г.

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ АКУШЕРОВ(-ОК) УСЛОВИЯ

Политический климат				
Количество медсестер на руководящих должностях в ...		национальном МЗ	местных отделениях МЗ	регулирующих органах
		н.с.	н.с.	н.с.
Есть ли в вашей стране законодательство, признающее акушерское дело как профессию, отличную от сестринского дела?		н.с.		
Образование				
Программы обучения акушерскому делу		прямое обучение специальности	повышение квалификации медсестер	комбинированное
	наличие	н.с.	н.с.	н.с.
	продолжительность (мес.)	н.с.	н.с.	н.с.
Процент преподавателей акушерского дела, являющихся акушерами(-ками)		н.с.		
Все акушеры(-ки) имеют степень бакалавра или аналогичную степень?		н.с.		
Есть ли в вашей стране аспирантура по акушерскому делу?		н.с.		
Регулирование				
Не предоставлена информация о системе регулирования акушерской деятельности				
Не предоставлена информация о системе лицензирования акушерской деятельности				
Количество основных функций БНАНП, которые разрешено выполнять акушерам(-кам)		н.с.		
Количество современных средств контрацепции, которые разрешено применять акушерам(-кам)		н.с.		
Объединения				
Существует ли специальная ассоциация акушеров(-ок)?		н.с.		

ДОЛЯ ПОТРЕБНОСТИ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ

ПРОГНОЗ НАЛИЧИЯ НА 2030 Г.

В 2030 году наличие **превысит** экономические возможности для найма

ПОЯСНЕНИЯ

Армения не предоставила никаких данных для данного доклада. Показанные данные Албания предоставляла для доклада «Состояние акушерского дела в мире» 2021 г.

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - проверенные данные из исследования МКА 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, сентябрь 2021 г. или непроверенные данные из исследования МКА 2020 г.

Обозначения:
н.у. = «не установлено» | н.с. = «не сообщается» | н.и. = «не известно» | МЗ = министерство здравоохранения | НПК = непрерывное повышение квалификации | МКА = Международная Конфедерация акушерок

Азербайджан

НАЛИЧИЕ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ

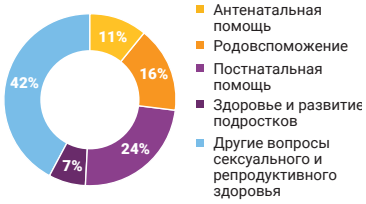
Занятие	Год	Численность (A)	Доля времени, затраченного на СРМНПЗ (B)	Эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС) (A*B)	Выпускники		Обеспеченность, на 10 000 человек
					Год	Кол-во	
Акушеры(-ки) (специалисты)	2020	4 036	100%	4 036	н.с.	н.с.	4.0
Акушеры(-ки) (младшие специалисты)	2020	0	н.у.	0	2014	362	н.с.
Сестры-акушерки	2020	600	85%	510	**н.с.**	**н.с.**	0.6
Сестры-акушерки (младшие специалисты)	2020	0	н.у.	0	**н.с.**	**н.с.**	н.с.
Медсестры (специалисты)	2020	54 786	30%	16 436	**н.с.**	**н.с.**	54.0
Медсестры (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Работники общественного здоровья	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Практикующие парамедики	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры/медбратья сестры - ассистенты врачей	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Терапевты	**2014**	**8 307**	20%	1 661	**н.с.**	**н.с.**	**8.2**
Акушеры-гинекологи	2020	1 823	50%	912	**н.с.**	**н.с.**	1.8
Педиатры	2020	3 347	15%	502	**н.с.**	**н.с.**	3.3
ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ		72 899		24 057			71.9

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - Национальная система учета кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ (НСУКЗ), по состоянию на декабрь 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, ноябрь 2021 - январь 2022 г.

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ АКУШЕРОВ(-ОК) УСЛОВИЯ

Политический климат				
Количество медсестер на руководящих должностях в ...		национальном МЗ	местных отделениях МЗ	регулирующих органах
		н.и.	н.и.	н.и.
Есть ли в вашей стране законодательство, признающее акушерское дело как профессию, отличную от сестринского дела?		нет		
Образование				
Программы обучения акушерскому делу		прямое обучение специальности	повышение квалификации медсестер	комбинированное
	наличие	н.с.	н.с.	н.с.
	продолжительность (мес.)	н.с.	н.с.	н.с.
Процент преподавателей акушерского дела, являющихся акушерами(-ками)		н.и.		
Все акушеры(-ки) имеют степень бакалавра или аналогичную степень?		н.с.		
Есть ли в вашей стране аспирантура по акушерскому делу?		нет		
Регулирование				
Нет отдельного регулирующего органа для акушерок, но у регулятора есть отдельные политики и процедуры для акушерок				
Лицензирование акушеров не обязательно				
Количество основных функций БНАНП, которые разрешено выполнять акушерам(-кам)		1 из 7		
Количество современных средств контрацепции, которые разрешено применять акушерам(-кам)		1 из 5		
Объединения				
Существует ли специальная ассоциация акушеров(-ок)?		нет		

ДОЛЯ ПОТРЕБНОСТИ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ



ПРОГНОЗ НАЛИЧИЯ НА 2030 Г.

В 2030 году наличие **превысит** экономические возможности для найма

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - проверенные данные из исследования МКА 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, сентябрь 2021 г. или непроверенные данные из исследования МКА 2020 г.

Обозначения:
н.у. = «не установлено» | н.с. = «не сообщается» | н.и. = «не известно» | МЗ = министерство здравоохранения | НПК = непрерывное повышение квалификации | МКА = Международная Конфедерация акушерок

Беларусь

НАЛИЧИЕ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ

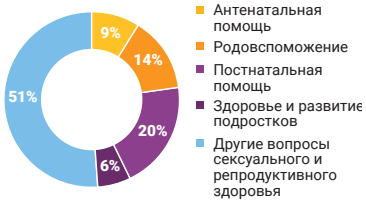
Занятие	Год	Численность (A)	Доля времени, затраченного на СРМНПЗ (B)	Эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС) (A*B)	Выпускники		Обеспеченность, на 10 000 человек
					Год	Кол-во	
Акушеры(-ки) (специалисты)	2019	4 729	100%	4 729	**н.с.**	**н.с.**	5.0
Акушеры(-ки) (младшие специалисты)	2019	0	н.у.	0	**н.с.**	**н.с.**	н.с.
Сестры-акушерки	2019	10 545	85%	8 963	**н.с.**	**н.с.**	11.2
Сестры-акушерки (младшие специалисты)	2019	0	н.у.	0	**н.с.**	**н.с.**	н.с.
Медсестры (специалисты)	2019	87 634	30%	26 290	**н.с.**	**н.с.**	92.7
Медсестры (младшие специалисты)	2019	0	н.у.	0	**н.с.**	**н.с.**	н.с.
Работники общественного здоровья	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Практикующие парамедики	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры/медбратья сестры - ассистенты врачей	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Терапевты	2015	15 320	20%	3 064	**н.с.**	**н.с.**	16.2
Акушеры-гинекологи	2019	2 659	50%	1 330	**н.с.**	**н.с.**	2.8
Педиатры	2019	3 515	15%	527	**н.с.**	**н.с.**	3.7
ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ		124 402		44 903			131.7

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - Национальная система учета кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ (НСУКЗ), по состоянию на декабрь 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, ноябрь 2021 - январь 2022 г.

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ АКУШЕРОВ(-ОК) УСЛОВИЯ

Политический климат				
●	Количество медсестер на руководящих должностях в ...	национальном МЗ	местных отделениях МЗ	регулирующих органах
		н.и.	н.и.	н.и.
●	Есть ли в вашей стране законодательство, признающее акушерское дело как профессию, отличную от сестринского дела?	нет		
Образование				
●	Программы обучения акушерскому делу	прямое обучение специальности	повышение квалификации медсестер	комбинированное
	наличие	нет	нет	да
	продолжительность (мес.)	н.у.	н.у.	34
●	Процент преподавателей акушерского дела, являющихся акушерами(-ками)	н.и.		
●	Все акушеры(-ки) имеют степень бакалавра или аналогичную степень?	нет		
●	Есть ли в вашей стране аспирантура по акушерскому делу?	нет		
Регулирование				
●	Нет отдельного регулирующего органа для акушерок, нет отдельных политик и процедур для акушерок			
●	Лицензирование обязательно: периодическое возобновление, но не требуется НПК			
●	Количество основных функций БНАНП, которые разрешено выполнять акушерам(-кам)	2 из 7		
●	Количество современных средств контрацепции, которые разрешено применять акушерам(-кам)	1 из 5		
Объединения				
●	Существует ли специальная ассоциация акушеров(-ок)?	нет		

ДОЛЯ ПОТРЕБНОСТИ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ



ПРОГНОЗ НАЛИЧИЯ НА 2030 Г.

В 2030 году наличие **превысит** экономические возможности для найма

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - проверенные данные из исследования МКА 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, сентябрь 2021 г. или непроверенные данные из исследования МКА 2020 г.

Обозначения:
н.у. = «не установлено» | н.с. = «не сообщается» | н.и. = «не известно» | МЗ = министерство здравоохранения | НПК = непрерывное повышение квалификации | МКА = Международная Конфедерация акушерок

Босния и Герцеговина

НАЛИЧИЕ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ

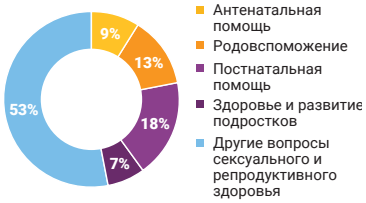
Занятие	Год	Численность (A)	Доля времени, затраченного на СРМНПЗ (B)	Эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС) (A*B)	Выпускники		Обеспеченность, на 10 000 человек
					Год	Кол-во	
Акушеры(-ки) (специалисты)	2019	1 062	100%	1 062	**н.с.**	**н.с.**	3.2
Акушеры(-ки) (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Сестры-акушерки	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Сестры-акушерки (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры (специалисты)	2018	13 062	30%	3 919	**2018**	**432**	39.8
Медсестры (младшие специалисты)	2018	5 995	40%	2 398	**н.с.**	**н.с.**	18.3
Работники общественного здоровья	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Практикующие парамедики	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры/медбратья сестры - ассистенты врачей	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Терапевты	2019	760	20%	152	**н.с.**	**н.с.**	2.3
Акушеры-гинекологи	2019	307	50%	154	**н.с.**	**н.с.**	0.9
Педиатры	2019	359	15%	54	**н.с.**	**н.с.**	1.1
ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ		21 545		7 738			65.7

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - Национальная система учета кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ (НСУКЗ), по состоянию на декабрь 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, ноябрь 2021 - январь 2022 г.

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ АКУШЕРОВ(-ОК) УСЛОВИЯ

Политический климат				
Количество медсестер на руководящих должностях в ...		национальном МЗ	местных отделениях МЗ	регулирующих органах
		н.и.	н.и.	н.и.
Есть ли в вашей стране законодательство, признающее акушерское дело как профессию, отличную от сестринского дела?		да		
Образование				
Программы обучения акушерскому делу		прямое обучение специальности	повышение квалификации медсестер	комбинированное
	наличие	да	нет	нет
	продолжительность (мес.)	48	н.у.	н.у.
Процент преподавателей акушерского дела, являющихся акушерами(-ками)		н.и.		
Все акушеры(-ки) имеют степень бакалавра или аналогичную степень?		да		
Есть ли в вашей стране аспирантура по акушерскому делу?		нет		
Регулирование				
Нет отдельного регулирующего органа для акушерок, нет отдельных политик и процедур для акушерок				
Лицензирование обязательно, но не требуется периодическое обновление или НПК				
Количество основных функций БНАНП, которые разрешено выполнять акушерам(-кам)		5 из 7		
Количество современных средств контрацепции, которые разрешено применять акушерам(-кам)		2 из 5		
Объединения				
Существует ли специальная ассоциация акушеров(-ок)?		да		

ДОЛЯ ПОТРЕБНОСТИ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ



ПРОГНОЗ НАЛИЧИЯ НА 2030 Г.

В 2030 году наличие **превысит** экономические возможности для найма

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - проверенные данные из исследования МКА 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, сентябрь 2021 г. или непроверенные данные из исследования МКА 2020 г.

Обозначения:
н.у. = «не установлено» | н.с. = «не сообщается» | н.и. = «не известно» | МЗ = министерство здравоохранения | НПК = непрерывное повышение квалификации | МКА = Международная Конфедерация акушерок

Грузия

НАЛИЧИЕ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ

Занятие	Год	Численность (A)	Доля времени, затраченного на СРМНПЗ (B)	Эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС) (A*B)	Выпускники		Обеспеченность, на 10 000 человек
					Год	Кол-во	
Акушеры(-ки) (специалисты)	**2019**	**542**	100%	542	**н.с.**	**н.с.**	**1.4**
Акушеры(-ки) (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Сестры-акушерки	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Сестры-акушерки (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры (специалисты)	**2019**	**20 306**	30%	6 092	**2015**	**9**	**50.9**
Медсестры (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Работники общественного здоровья	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Практикующие парамедики	**2019**	**6 424**	30%	1 927	**н.с.**	**н.с.**	**16.1**
Медсестры/медбратья сестры - ассистенты врачей	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Терапевты	**2019**	**6 772**	20%	1 354	**н.с.**	**н.с.**	**17.0**
Акушеры-гинекологи	**2019**	**1 925**	50%	963	**н.с.**	**н.с.**	**4.8**
Педиатры	**2019**	**1 122**	15%	168	**н.с.**	**н.с.**	**2.8**
ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ		**37 091**		11 046			**93.0**

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - Национальная система учета кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ (НСУКЗ), по состоянию на декабрь 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, ноябрь 2021 - январь 2022 г.

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ АКУШЕРОВ(-ОК) УСЛОВИЯ

Политический климат				
Количество медсестер на руководящих должностях в ...		национальном МЗ	местных отделениях МЗ	регулирующих органах
		0	0	0
Есть ли в вашей стране законодательство, признающее акушерское дело как профессию, отличную от сестринского дела?		да		
Образование				
Программы обучения акушерскому делу		прямое обучение специальности	повышение квалификации медсестер	комбинированное
	наличие	да	нет	нет
	продолжительность (мес.)	48	н.у.	н.у.
Процент преподавателей акушерского дела, являющихся акушерами(-ками)		н.и.		
Все акушеры(-ки) имеют степень бакалавра или аналогичную степень?		да		
Есть ли в вашей стране аспирантура по акушерскому делу?		нет		
Регулирование				
Нет официальной системы регулирования акушерской деятельности				
Лицензирование обязательно, но не требуется периодическое обновление или НПК				
Количество основных функций БНАНП, которые разрешено выполнять акушерам(-кам)		3 из 7		
Количество современных средств контрацепции, которые разрешено применять акушерам(-кам)		0 из 5		
Объединения				
Существует ли специальная ассоциация акушеров(-ок)?		**да**		

ДОЛЯ ПОТРЕБНОСТИ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ

ПРОГНОЗ НАЛИЧИЯ НА 2030 Г.

В 2030 году наличие **превысит** экономические возможности для найма

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - проверенные данные из исследования МКА 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, сентябрь 2021 г. или непроверенные данные из исследования МКА 2020 г.

Обозначения:
н.у. = «не установлено» | н.с. = «не сообщается» | н.и. = «не известно» | МЗ = министерство здравоохранения | НПК = непрерывное повышение квалификации | МКА = Международная Конфедерация акушерок

Казахстан

НАЛИЧИЕ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ

Занятие	Год	Численность (A)	Доля времени, затраченного на СРМНПЗ (B)	Эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС) (A*B)	Выпускники		Обеспеченность, на 10 000 человек
					Год	Кол-во	
Акушеры(-ки) (специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Акушеры(-ки) (младшие специалисты)	2015	9 471	100%	9 471	**н.с.**	**н.с.**	5.0
Сестры-акушерки	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Сестры-акушерки (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры (специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры (младшие специалисты)	2015	118 693	40%	47 477	**н.с.**	**н.с.**	63.2
Работники общественного здоровья	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Практикующие парамедики	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры/медбратья сестры - ассистенты врачей	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Терапевты	**2014**	**6 243**	20%	1 249	**н.с.**	**н.с.**	**3.3**
Акушеры-гинекологи	**2015**	**4 928**	50%	2 464	**н.с.**	**н.с.**	**2.6**
Педиатры	2014	2 919	15%	438	**н.с.**	**н.с.**	1.6
ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ		142 254		61 099			75.8

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - Национальная система учета кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ (НСУКЗ), по состоянию на декабрь 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, ноябрь 2021 - январь 2022 г.

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ АКУШЕРОВ(-ОК) УСЛОВИЯ

Политический климат				
Количество медсестер на руководящих должностях в ...		национальном МЗ	местных отделениях МЗ	регулирующих органах
		н.с.	н.с.	н.с.
Есть ли в вашей стране законодательство, признающее акушерское дело как профессию, отличную от сестринского дела?		н.с.		
Образование				
Программы обучения акушерскому делу		прямое обучение специальности	повышение квалификации медсестер	комбинированное
	наличие	н.с.	н.с.	н.с.
	продолжительность (мес.)	н.с.	н.с.	н.с.
Процент преподавателей акушерского дела, являющихся акушерами(-ками)		н.с.		
Все акушеры(-ки) имеют степень бакалавра или аналогичную степень?		н.с.		
Есть ли в вашей стране аспирантура по акушерскому делу?		н.с.		
Регулирование				
Не предоставлена информация о системе регулирования акушерской деятельности				
Не предоставлена информация о системе лицензирования акушерской деятельности				
Количество основных функций БНАНП, которые разрешено выполнять акушерам(-кам)		н.с.		
Количество современных средств контрацепции, которые разрешено применять акушерам(-кам)		н.с.		
Объединения				
Существует ли специальная ассоциация акушеров(-ок)?		н.с.		

ДОЛЯ ПОТРЕБНОСТИ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ

ПРОГНОЗ НАЛИЧИЯ НА 2030 Г.

В 2030 году наличие **превысит** экономические возможности для найма

ПОЯСНЕНИЯ

Казахстан не предоставил никаких данных для данного доклада. Показанные данные Казахстан предоставлял для доклада «Состояние акушерского дела в мире» 2021 г.

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - проверенные данные из исследования МКА 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, сентябрь 2021 г. или непроверенные данные из исследования МКА 2020 г.

Обозначения:
н.у. = «не установлено» | н.с. = «не сообщается» | н.и. = «не известно» | МЗ = министерство здравоохранения | НПК = непрерывное повышение квалификации | МКА = Международная Конфедерация акушерок

Кыргызстан

НАЛИЧИЕ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ

Занятие	Год	Численность (A)	Доля времени, затраченного на СРМНПЗ (B)	Эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС) (A*B)	Выпускники		Обеспеченность, на 10 000 человек
					Год	Кол-во	
Акушеры(-ки) (специалисты)	2020	2 428	100%	2 428	н.с.	н.с.	3.7
Акушеры(-ки) (младшие специалисты)	2020	0	н.у.	0	**2019**	**1 162**	н.с.
Сестры-акушерки	2020	0	н.у.	0	**н.с.**	**н.с.**	н.с.
Сестры-акушерки (младшие специалисты)	2020	0	н.у.	0	**н.с.**	**н.с.**	н.с.
Медсестры (специалисты)	2020	26 456	44%	11 645	н.с.	н.с.	40.6
Медсестры (младшие специалисты)	2020	0	н.у.	0	**2019**	**1 753**	н.с.
Работники общественного здоровья	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Практикующие парамедики	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры/медбратья сестры - ассистенты врачей	2020	1 582	30%	475	**2019**	**8**	2.4
Терапевты	**2019**	**13 709**	20%	2 742	**2019**	**169**	**21.0**
Акушеры-гинекологи	**2019**	**987**	50%	494	**2019**	**2 268**	**1.5**
Педиатры	**2019**	**677**	15%	102	**2019**	**237**	**1.0**
ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ		45 848		17 884			70.3

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - Национальная система учета кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ (НСУКЗ), по состоянию на декабрь 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, ноябрь 2021 - январь 2022 г.

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ АКУШЕРОВ(-ОК) УСЛОВИЯ

Политический климат				
Количество медсестер на руководящих должностях в ...		национальном МЗ	местных отделениях МЗ	регулирующих органах
		н.и.	**н.и.**	**н.и.**
Есть ли в вашей стране законодательство, признающее акушерское дело как профессию, отличную от сестринского дела?		**да**		
Образование				
Программы обучения акушерскому делу		прямое обучение специальности	повышение квалификации медсестер	комбинированное
	наличие	**да**	**нет**	н.с.
	продолжительность (мес.)	**34**	**н.у.**	н.с.
Процент преподавателей акушерского дела, являющихся акушерами(-ками)		**0**		
Все акушеры(-ки) имеют степень бакалавра или аналогичную степень?		нет		
Есть ли в вашей стране аспирантура по акушерскому делу?		**нет**		
Регулирование				
Нет отдельного регулирующего органа для акушерок, но есть отдельные политики и процедуры для акушерок				
Лицензирование не обязательно				
Количество основных функций БНАНП, которые разрешено выполнять акушерам(-кам)		5 из 7		
Количество современных средств контрацепции, которые разрешено применять акушерам(-кам)		4 из 5		
Объединения				
Существует ли специальная ассоциация акушеров(-ок)?		**да**		

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - проверенные данные из исследования МКА 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, сентябрь 2021 г. или непроверенные данные из исследования МКА 2020 г.

ДОЛЯ ПОТРЕБНОСТИ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ

ПРОГНОЗ НАЛИЧИЯ НА 2030 Г.

В 2030 году наличие **превысит** экономические возможности для найма

ПОЯСНЕНИЯ

Право преподавать имеют только лица с высшим медицинским образованием, поэтому преподаватели акушерского дела сами не являются акушерами(-ками).

В Кыргызстане есть еще 3 471 медсестер, фельдшеров и техников, которые могут косвенно помогать решать проблемы в области СРМНПЗ.

Обозначения:
н.у. = «не установлено» | н.с. = «не сообщается» | н.и. = «не известно» | МЗ = министерство здравоохранения | НПК = непрерывное повышение квалификации | МКА = Международная Конфедерация акушерок

Республика Молдова

НАЛИЧИЕ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ

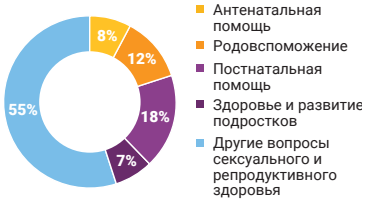
Занятие	Год	Численность (A)	Доля времени, затраченного на СРМНПЗ (B)	Эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС) (A*B)	Выпускники		Обеспеченность, на 10 000 человек
					Год	Кол-во	
Акушеры(-ки) (специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	н.с.	н.с.	**н.с.**
Акушеры(-ки) (младшие специалисты)	2019	593	100%	593	**2019**	**25**	1.5
Сестры-акушерки	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Сестры-акушерки (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры (специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	н.с.	н.с.	**н.с.**
Медсестры (младшие специалисты)	2019	18 514	40%	7 406	**2019**	**785**	45.9
Работники общественного здоровья	**2019**	**228**	10%	23	**н.с.**	**н.с.**	**0.6**
Практикующие парамедики	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры/медбратья сестры - ассистенты врачей	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Терапевты	2019	1 687	20%	337	**2019**	**632**	4.2
Акушеры-гинекологи	2019	637	50%	319	**н.с.**	**н.с.**	1.6
Педиатры	2019	471	15%	71	**н.с.**	**н.с.**	1.2
ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ		22 130		8 748			54.9

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - Национальная система учета кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ (НСУКЗ), по состоянию на декабрь 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, ноябрь 2021 - январь 2022 г.

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ АКУШЕРОВ(-ОК) УСЛОВИЯ

Политический климат				
Количество медсестер на руководящих должностях в ...		национальном МЗ	местных отделениях МЗ	регулирующих органах
		0	0	0
Есть ли в вашей стране законодательство, признающее акушерское дело как профессию, отличную от сестринского дела?		да		
Образование				
Программы обучения акушерскому делу		прямое обучение специальности	повышение квалификации медсестер	комбинированное
	наличие	да	нет	нет
	продолжительность (мес.)	30	н.у.	н.у.
Процент преподавателей акушерского дела, являющихся акушерами(-ками)		42		
Все акушеры(-ки) имеют степень бакалавра или аналогичную степень?		нет		
Есть ли в вашей стране аспирантура по акушерскому делу?		нет		
Регулирование				
Нет отдельного регулирующего органа для акушерок, но есть отдельные политики и процедуры для акушерок				
Лицензирование обязательно: периодическое обновление и НПК				
Количество основных функций БНАНП, которые разрешено выполнять акушерам(-кам)		3 из 7		
Количество современных средств контрацепции, которые разрешено применять акушерам(-кам)		4 из 5		
Объединения				
Существует ли специальная ассоциация акушеров(-ок)?		да		

ДОЛЯ ПОТРЕБНОСТИ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ



ПРОГНОЗ НАЛИЧИЯ НА 2030 Г.

В 2030 году наличие **превысит** экономические возможности для найма

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - проверенные данные из исследования МКА 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, сентябрь 2021 г. или непроверенные данные из исследования МКА 2020 г.

Обозначения:
н.у. = «не установлено» | н.с. = «не сообщается» | н.и. = «не известно» | МЗ = министерство здравоохранения | НПК = непрерывное повышение квалификации | МКА = Международная Конфедерация акушерок

Северная Македония

НАЛИЧИЕ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ

Занятие	Год	Численность (A)	Доля времени, затраченного на СРМНПЗ (B)	Эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС) (A*B)	Выпускники		Обеспеченность, на 10 000 человек
					Год	Кол-во	
Акушеры(-ки) (специалисты)	2016	0	н.у.	0	**н.с.**	**н.с.**	н.с.
Акушеры(-ки) (младшие специалисты)	2016	1 020	100%	1 020	**н.с.**	**н.с.**	4.9
Сестры-акушерки	2016	0	н.у.	0	**н.с.**	**н.с.**	н.с.
Сестры-акушерки (младшие специалисты)	2016	0	н.у.	0	**н.с.**	**н.с.**	н.с.
Медсестры (специалисты)	2015	7 884	30%	2 365	**н.с.**	**н.с.**	37.8
Медсестры (младшие специалисты)	2015	0	н.у.	0	**н.с.**	**н.с.**	н.с.
Работники общественного здоровья	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Практикующие парамедики	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры/медбратья сестры - ассистенты врачей	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Терапевты	2018	2 691	20%	538	**н.с.**	**н.с.**	12.9
Акушеры-гинекологи	2018	342	**50%**	171	**н.с.**	**н.с.**	1.6
Педиатры	2018	347	15%	52	**н.с.**	**н.с.**	1.7
ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ		12 284		4 146			59.0

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - Национальная система учета кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ (НСУКЗ), по состоянию на декабрь 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, ноябрь 2021 - январь 2022 г.

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ АКУШЕРОВ(-ОК) УСЛОВИЯ

Политический климат				
Количество медсестер на руководящих должностях в ...		национальном МЗ	местных отделениях МЗ	регулирующих органах
		н.с.	н.с.	н.с.
Есть ли в вашей стране законодательство, признающее акушерское дело как профессию, отличную от сестринского дела?		н.с.		
Образование				
Программы обучения акушерскому делу		прямое обучение специальности	повышение квалификации медсестер	комбинированное
	наличие	н.с.	н.с.	н.с.
	продолжительность (мес.)	н.с.	н.с.	н.с.
Процент преподавателей акушерского дела, являющихся акушерами(-ками)		н.с.		
Все акушеры(-ки) имеют степень бакалавра или аналогичную степень?		н.с.		
Есть ли в вашей стране аспирантура по акушерскому делу?		н.с.		
Регулирование				
Не предоставлена информация о системе регулирования акушерской деятельности				
Не предоставлена информация о системе лицензирования акушерской деятельности				
Количество основных функций БНАНП, которые разрешено выполнять акушерам(-кам)		н.с.		
Количество современных средств контрацепции, которые разрешено применять акушерам(-кам)		н.с.		
Объединения				
Существует ли специальная ассоциация акушеров(-ок)?		н.с.		

ДОЛЯ ПОТРЕБНОСТИ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ

ПРОГНОЗ НАЛИЧИЯ НА 2030 Г.

н.с.

ПОЯСНЕНИЯ

В общую численность врачей общей практики входят терапевты (n=2 533) и специалисты по семейной медицине (n=158)

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - проверенные данные из исследования МКА 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, сентябрь 2021 г. или непроверенные данные из исследования МКА 2020 г.

Обозначения:
н.у. = «не установлено» | н.с. = «не сообщается» | н.и. = «не известно» | МЗ = министерство здравоохранения | НПК = непрерывное повышение квалификации | МКА = Международная Конфедерация акушерок

Сербия

НАЛИЧИЕ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ

Занятие	Год	Численность (A)	Доля времени, затраченного на СРМНПЗ (B)	Эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС) (A*B)	Выпускники		Обеспеченность, на 10 000 человек
					Год	Кол-во	
Акушеры(-ки) (специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**2015**	**255**	**н.с.**
Акушеры(-ки) (младшие специалисты)	2019	2 185	100%	2 185	**н.с.**	**н.с.**	3.1
Сестры-акушерки	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Сестры-акушерки (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры (специалисты)	2019	5 818	30%	1 745	**2015**	**1 056**	8.4
Медсестры (младшие специалисты)	2019	31 165	40%	12 466	**н.с.**	**н.с.**	44.8
Работники общественного здоровья	**2016**	**887**	10%	89	**н.с.**	**н.с.**	**1.3**
Практикующие парамедики	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры/медбратья сестры - ассистенты врачей	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Терапевты	2020	3 617	20%	723	**н.с.**	**н.с.**	5.2
Акушеры-гинекологи	2020	1 238	50%	619	**н.с.**	**н.с.**	1.8
Педиатры	2020	927	15%	139	**н.с.**	**н.с.**	1.3
ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ		45 837		17 967			65.8

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - Национальная система учета кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ (НСУКЗ), по состоянию на декабрь 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, ноябрь 2021 - январь 2022 г.

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ АКУШЕРОВ(-ОК) УСЛОВИЯ

Политический климат				
Количество медсестер на руководящих должностях в ...		национальном МЗ	местных отделениях МЗ	регулирующих органах
		0	н.и.	н.и.
Есть ли в вашей стране законодательство, признающее акушерское дело как профессию, отличную от сестринского дела?		нет		
Образование				
Программы обучения акушерскому делу		прямое обучение специальности	повышение квалификации медсестер	комбинированное
	наличие	нет	да	н.с.
	продолжительность (мес.)	н.у.	48	н.с.
Процент преподавателей акушерского дела, являющихся акушерами(-ками)		20		
Все акушеры(-ки) имеют степень бакалавра или аналогичную степень?		да		
Есть ли в вашей стране аспирантура по акушерскому делу?		нет		
Регулирование				
Нет отдельного регулирующего органа для акушерок, но есть отдельные политики и процедуры для акушерок				
Лицензирование обязательно: периодическое обновление и НПК				
Количество основных функций БНАНП, которые разрешено выполнять акушерам(-кам)		0 из 7		
Количество современных средств контрацепции, которые разрешено применять акушерам(-кам)		0 из 5		
Объединения				
Существует ли специальная ассоциация акушеров(-ок)?		**да**		

ДОЛЯ ПОТРЕБНОСТИ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ

ПРОГНОЗ НАЛИЧИЯ НА 2030 Г.

В 2030 году наличие **превысит** экономические возможности для найма

ПОЯСНЕНИЯ

Есть вероятность, что в данных о численности работников и количестве выпускников из платформы НСУКЗ ВОЗ Сербия и Косово объединены, а данные из национального бюро ЮНФПА относятся только к Сербии (без Косово).

Последние данные о численности работников были опубликованы в 2020 году, но в них не разделены медсестры и акушерки, поэтому для этих групп занятий показаны данные за 2019 год.

В данные о численности работников из национального бюро ЮНФПА не включены работники здравоохранения из частного сектора, на которых приходится небольшая, но увеличивающаяся доля всех работниколв здравоохранения.

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - проверенные данные из исследования МКА 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, сентябрь 2021 г. или непроверенные данные из исследования МКА 2020 г.

Обозначения:
н.у. = «не установлено» | н.с. = «не сообщается» | н.и. = «не известно» | МЗ = министерство здравоохранения | НПК = непрерывное повышение квалификации | МКА = Международная Конфедерация акушерок

Таджикистан

НАЛИЧИЕ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ

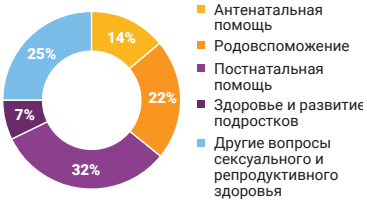
Занятие	Год	Численность (A)	Доля времени, затраченного на СРМНПЗ (B)	Эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС) (A*B)	Выпускники		Обеспеченность, на 10 000 человек
					Год	Кол-во	
Акушеры(-ки) (специалисты)	2020	6 166	100%	6 166	н.с.	н.с.	6.5
Акушеры(-ки) (младшие специалисты)	2020	0	н.у.	0	2014	422	н.с.
Сестры-акушерки	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Сестры-акушерки (младшие специалисты)	2020	0	н.у.	0	**н.с.**	**н.с.**	н.с.
Медсестры (специалисты)	2020	45 820	44%	20 161	н.с.	н.с.	48.0
Медсестры (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	2018	11 056	**н.с.**
Работники общественного здоровья	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Практикующие парамедики	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры/медбратья сестры - ассистенты врачей	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Терапевты	2020	2 272	20%	454	**н.с.**	**н.с.**	2.4
Акушеры-гинекологи	2020	1 961	50%	981	**н.с.**	**н.с.**	2.1
Педиатры	2020	1 265	15%	190	**н.с.**	**н.с.**	1.3
ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ		57 484		27 951			60.3

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - Национальная система учета кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ (НСУКЗ), по состоянию на декабрь 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, ноябрь 2021 - январь 2022 г.

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ АКУШЕРОВ(-ОК) УСЛОВИЯ

Политический климат				
Количество медсестер на руководящих должностях в ...		национальном МЗ	местных отделениях МЗ	регулирующих органах
		1	**1**	**0**
Есть ли в вашей стране законодательство, признающее акушерское дело как профессию, отличную от сестринского дела?		**да**		
Образование				
Программы обучения акушерскому делу		прямое обучение специальности	повышение квалификации медсестер	комбинированное
	наличие	**да**	**да**	**нет**
	продолжительность (мес.)	46	**10**	**н.у.**
Процент преподавателей акушерского дела, являющихся акушерами(-ками)		45		
Все акушеры(-ки) имеют степень бакалавра или аналогичную степень?		нет		
Есть ли в вашей стране аспирантура по акушерскому делу?		**нет**		
Регулирование				
Нет отдельного регулирующего органа для акушерок, но есть отдельные политики и процедуры для акушерок				
Лицензирование обязательно: периодическое обновление и НПК				
Количество основных функций БНАНП, которые разрешено выполнять акушерам(-кам)		5 из 7		
Количество современных средств контрацепции, которые разрешено применять акушерам(-кам)		3 из 5		
Объединения				
Существует ли специальная ассоциация акушеров(-ок)?		**да**		

ДОЛЯ ПОТРЕБНОСТИ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ



ПРОГНОЗ НАЛИЧИЯ НА 2030 Г.

В 2030 году наличие **превысит** экономические возможности для найма

ПОЯСНЕНИЯ

Акушеркам обычно не разрешается ставить внутриматочные противозачаточные средства (ВПС), но в сельской местности им разрешено оказывать эту услугу при условии завершения одномесячного курса подготовки. Эти акушерки могут применять 4 из 5 современных методов контрацепции, а все остальные акушерки только 3 из 5.

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - проверенные данные из исследования МКА 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, сентябрь 2021 г. или непроверенные данные из исследования МКА 2020 г.

Обозначения:
н.у. = «не установлено» | н.с. = «не сообщается» | н.и. = «не известно» | МЗ = министерство здравоохранения | НПК = непрерывное повышение квалификации | МКА = Международная Конфедерация акушерок

Турция

НАЛИЧИЕ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ

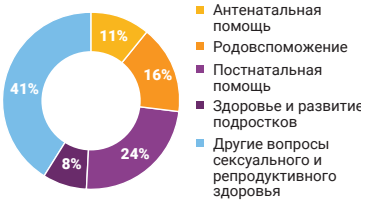
Занятие	Год	Численность (A)	Доля времени, затраченного на СРМНПЗ (B)	Эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС) (A*B)	Выпускники		Обеспеченность, на 10 000 человек
					Год	Кол-во	
Акушеры(-ки) (специалисты)	**2018**	**56 351**	100%	56 351	**2019**	**2 807**	**6.7**
Акушеры(-ки) (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Сестры-акушерки	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Сестры-акушерки (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры (специалисты)	**2018**	**190 892**	30%	57 268	**2019**	**15 247**	**22.6**
Медсестры (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Работники общественного здоровья	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Практикующие парамедики	**2018**	**12 681**	30%	3 804	**2019**	**10 302**	**1.5**
Медсестры/медбратья сестры - ассистенты врачей	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Терапевты	**2018**	**44 311**	20%	8 862	**н.с.**	**н.с.**	**5.3**
Акушеры-гинекологи	**2018**	**5 727**	50%	2 864	**н.с.**	**н.с.**	**0.7**
Педиатры	**2018**	**5 254**	15%	788	**н.с.**	**н.с.**	**0.6**
ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ		**315 216**		129 937			**37.4**

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - Национальная система учета кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ (НСУКЗ), по состоянию на декабрь 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, ноябрь 2021 - январь 2022 г.

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ АКУШЕРОВ(-ОК) УСЛОВИЯ

Политический климат				
Количество медсестер на руководящих должностях в ...		национальном МЗ	местных отделениях МЗ	регулирующих органах
		0	н.и.	0
Есть ли в вашей стране законодательство, признающее акушерское дело как профессию, отличную от сестринского дела?		да		
Образование				
Программы обучения акушерскому делу		прямое обучение специальности	повышение квалификации медсестер	комбинированное
	наличие	да	нет	н.с.
	продолжительность (мес.)	48	н.у.	н.с.
Процент преподавателей акушерского дела, являющихся акушерами(-ками)		60		
Все акушеры(-ки) имеют степень бакалавра или аналогичную степень?		да		
Есть ли в вашей стране аспирантура по акушерскому делу?		да		
Регулирование				
Нет отдельного регулирующего органа для акушерок, нет отдельных политик и процедур для акушерок				
Лицензирование обязательно: периодическое возобновление, но не требуется НПК				
Количество основных функций БНАНП, которые разрешено выполнять акушерам(-кам)		1 из 7		
Количество современных средств контрацепции, которые разрешено применять акушерам(-кам)		2 из 5		
Объединения				
Существует ли специальная ассоциация акушеров(-ок)?		**да**		

ДОЛЯ ПОТРЕБНОСТИ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ



ПРОГНОЗ НАЛИЧИЯ НА 2030 Г.

В 2030 году наличие

будет немного ниже

экономической возможности для найма

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - проверенные данные из исследования МКА 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, сентябрь 2021 г. или непроверенные данные из исследования МКА 2020 г.

Обозначения:
н.у. = «не установлено» | н.с. = «не сообщается» | н.и. = «не известно» | МЗ = министерство здравоохранения | НПК = непрерывное повышение квалификации | МКА = Международная Конфедерация акушерок

Туркменистан

НАЛИЧИЕ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ

Занятие	Год	Численность (A)	Доля времени, затраченного на СРМНПЗ (B)	Эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС) (A*B)	Выпускники		Обеспеченность, на 10 000 человек
					Год	Кол-во	
Акушеры(-ки) (специалисты)	2014	1 111	100%	1 111	**2014**	**50**	1.8
Акушеры(-ки) (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Сестры-акушерки	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Сестры-акушерки (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры (специалисты)	**2014**	**23 090**	30%	6 927	**2014**	**235**	**38.3**
Медсестры (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Работники общественного здоровья	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Практикующие парамедики	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры/медбратья сестры - ассистенты врачей	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Терапевты	**2014**	**4 207**	20%	841	**н.с.**	**н.с.**	**7.0**
Акушеры-гинекологи	**2014**	**756**	50%	378	**н.с.**	**н.с.**	**1.3**
Педиатры	2014	515	15%	77	**н.с.**	**н.с.**	0.9
ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ		29 679		9 335			49.2

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - Национальная система учета кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ (НСУКЗ), по состоянию на декабрь 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, ноябрь 2021 - январь 2022 г.

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ АКУШЕРОВ(-ОК) УСЛОВИЯ

Политический климат				
Количество медсестер на руководящих должностях в ...		национальном МЗ	местных отделениях МЗ	регулирующих органах
		0	0	0
Есть ли в вашей стране законодательство, признающее акушерское дело как профессию, отличную от сестринского дела?		да		
Образование				
Программы обучения акушерскому делу		прямое обучение специальности	повышение квалификации медсестер	комбинированное
	наличие	нет	нет	да
	продолжительность (мес.)	н.у.	н.у.	30
Процент преподавателей акушерского дела, являющихся акушерами(-ками)		25		
Все акушеры(-ки) имеют степень бакалавра или аналогичную степень?		нет		
Есть ли в вашей стране аспирантура по акушерскому делу?		нет		
Регулирование				
Нет отдельного регулирующего органа для акушерок, нет отдельных политик и процедур для акушерок				
Лицензирование акушерок не обязательно				
Количество основных функций БНАНП, которые разрешено выполнять акушерам(-кам)		5 из 7		
Количество современных средств контрацепции, которые разрешено применять акушерам(-кам)		3 из 5		
Объединения				
Существует ли специальная ассоциация акушеров(-ок)?		нет		

ДОЛЯ ПОТРЕБНОСТИ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ

ПРОГНОЗ НАЛИЧИЯ НА 2030 Г.

В 2030 году наличие

будет немного ниже

экономической возможности для найма

ПОЯСНЕНИЯ

Акушеркам из туркменского государственного сектора полученная при образовании квалификация дает официальное право вести практику, но в частном секторе нет аналогичной правовой базы, поэтому Туркменистан отнесен к категории, не имеющей обязательного лицензирования для всех акушерок.

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - проверенные данные из исследования МКА 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, сентябрь 2021 г. или непроверенные данные из исследования МКА 2020 г.

Обозначения:
н.у. = «не установлено» | н.с. = «не сообщается» | н.и. = «не известно» | МЗ = министерство здравоохранения | НПК = непрерывное повышение квалификации | МКА = Международная Конфедерация акушерок

Украина

НАЛИЧИЕ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ

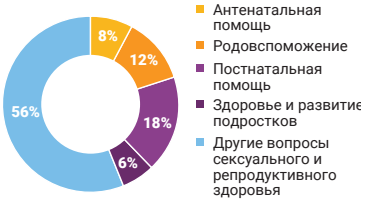
Занятие	Год	Численность (A)	Доля времени, затраченного на СРМНПЗ (B)	Эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС) (A*B)	Выпускники		Обеспеченность, на 10 000 человек
					Год	Кол-во	
Акушеры(-ки) (специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	н.с.	н.с.	**н.с.**
Акушеры(-ки) (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	2014	1 515	**н.с.**
Сестры-акушерки	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Сестры-акушерки (младшие специалисты)	2020	12 342	100%	12 342	**н.с.**	**н.с.**	2.8
Медсестры (специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	н.с.	н.с.	**н.с.**
Медсестры (младшие специалисты)	2020	273 526	88%	240 703	2014	14 526	62.5
Работники общественного здоровья	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Практикующие парамедики	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры/медбратья сестры - ассистенты врачей	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Терапевты	2020	23 980	20%	4 796	**н.с.**	**н.с.**	5.5
Акушеры-гинекологи	2020	9 112	50%	4 556	**н.с.**	**н.с.**	2.1
Педиатры	2020	7 950	15%	1 193	**н.с.**	**н.с.**	1.8
ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ		326 910		263 589			74.8

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - Национальная система учета кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ (НСУКЗ), по состоянию на декабрь 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, ноябрь 2021 - январь 2022 г.

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ АКУШЕРОВ(-ОК) УСЛОВИЯ

Политический климат				
Количество медсестер на руководящих должностях в ...		национальном МЗ	местных отделениях МЗ	регулирующих органах
		н.и.	н.и.	н.и.
Есть ли в вашей стране законодательство, признающее акушерское дело как профессию, отличную от сестринского дела?		нет		
Образование				
Программы обучения акушерскому делу		прямое обучение специальности	повышение квалификации медсестер	комбинированное
	наличие	нет	нет	да
	продолжительность (мес.)	н.у.	н.у.	29
Процент преподавателей акушерского дела, являющихся акушерами(-ками)		н.и.		
Все акушеры(-ки) имеют степень бакалавра или аналогичную степень?		нет		
Есть ли в вашей стране аспирантура по акушерскому делу?		нет		
Регулирование				
Нет отдельного регулирующего органа для акушерок, нет отдельных политик и процедур для акушерок				
Лицензирование обязательно: периодическое обновление и НПК				
Количество основных функций БНАНП, которые разрешено выполнять акушерам(-кам)		3 из 7		
Количество современных средств контрацепции, которые разрешено применять акушерам(-кам)		0 из 5		
Объединения				
Существует ли специальная ассоциация акушеров(-ок)?		нет		

ДОЛЯ ПОТРЕБНОСТИ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ



ПРОГНОЗ НАЛИЧИЯ НА 2030 Г.

В 2030 году наличие **превысит** экономические возможности для найма

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - проверенные данные из исследования МКА 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, сентябрь 2021 г. или непроверенные данные из исследования МКА 2020 г.

Обозначения:
н.у. = «не установлено» | н.с. = «не сообщается» | н.и. = «не известно» | МЗ = министерство здравоохранения | НПК = непрерывное повышение квалификации | МКА = Международная Конфедерация акушерок

Узбекистан

НАЛИЧИЕ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ

Занятие	Год	Численность (A)	Доля времени, затраченного на СРМНПЗ (B)	Эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС) (A*B)	Выпускники		Обеспеченность, на 10 000 человек
					Год	Кол-во	
Акушеры(-ки) (специалисты)	2020	19 545	100%	19 545	**н.с.**	**н.с.**	5.8
Акушеры(-ки) (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Сестры-акушерки	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Сестры-акушерки (младшие специалисты)	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры (специалисты)	2020	268 730	44%	118 241	**н.с.**	**н.с.**	80.3
Медсестры (младшие специалисты)	2020	104 151	50%	52 076	**н.с.**	**н.с.**	31.1
Работники общественного здоровья	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Практикующие парамедики	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Медсестры/медбратья сестры - ассистенты врачей	**н.с.**	**н.с.**	н.у.	н.с.	**н.с.**	**н.с.**	**н.с.**
Терапевты	**2014**	**14 958**	20%	2 992	**н.с.**	**н.с.**	**4.5**
Акушеры-гинекологи	2020	4 910	50%	2 455	**н.с.**	**н.с.**	1.5
Педиатры	2020	4 025	15%	604	**н.с.**	**н.с.**	1.2
ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ		416 319		195 912			124.4

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - Национальная система учета кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ (НСУКЗ), по состоянию на декабрь 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, ноябрь 2021 - январь 2022 г.

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ АКУШЕРОВ(-ОК) УСЛОВИЯ

Политический климат				
Количество медсестер на руководящих должностях в ...		национальном МЗ	местных отделениях МЗ	регулирующих органах
		н.и.	н.с.	н.с.
Есть ли в вашей стране законодательство, признающее акушерское дело как профессию, отличную от сестринского дела?		нет		
Образование				
Программы обучения акушерскому делу		прямое обучение специальности	повышение квалификации медсестер	комбинированное
	наличие	да	нет	нет
	продолжительность (мес.)	36	н.у.	н.у.
Процент преподавателей акушерского дела, являющихся акушерами(-ками)		н.с.		
Все акушеры(-ки) имеют степень бакалавра или аналогичную степень?		да		
Есть ли в вашей стране аспирантура по акушерскому делу?		да		
Регулирование				
Нет отдельного регулирующего органа для акушерок, но есть отдельные политики и процедуры для акушерок				
Лицензирование акушерок не обязательно				
Количество основных функций БНАНП, которые разрешено выполнять акушерам(-кам)		2 из 7		
Количество современных средств контрацепции, которые разрешено применять акушерам(-кам)		0 из 5		
Объединения				
Существует ли специальная ассоциация акушеров(-ок)?		нет		

ДОЛЯ ПОТРЕБНОСТИ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ

ПРОГНОЗ НАЛИЧИЯ НА 2030 Г.

В 2030 году наличие **превысит** экономические возможности для найма

ПОЯСНЕНИЯ

Есть вероятность, что общая численность работников СРМНПЗ (416 319) переоценена, т.к. некоторые медсестры занимают по несколько дожностей, и поэтому посчитаны дважды.

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - проверенные данные из исследования МКА 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, сентябрь 2021 г. или непроверенные данные из исследования МКА 2020 г.

Обозначения:
н.у. = «не установлено» | н.с. = «не сообщается» | н.и. = «не известно» | МЗ = министерство здравоохранения | НПК = непрерывное повышение квалификации | МКА = Международная Конфедерация акушерок

Косово

НАЛИЧИЕ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ

Занятие	Год	Численность (A)	Доля времени, затраченного на СРМНПЗ (B)	Эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС) (A*B)	Выпускники		Обеспеченность, на 10 000 человек
					Год	Кол-во	
Акушеры(-ки) (специалисты)	2021	0	н.у.	0	н.с.	н.с.	н.с.
Акушеры(-ки) (младшие специалисты)	2021	651	100%	651	н.с.	н.с.	3.7
Сестры-акушерки	н.с.	н.с.	н.у.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.
Сестры-акушерки (младшие специалисты)	н.с.	н.с.	н.у.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.
Медсестры (специалисты)	2021	0	н.у.	0	н.с.	н.с.	н.с.
Медсестры (младшие специалисты)	2021	4 661	40%	1 864	н.с.	н.с.	26.3
Работники общественного здоровья	н.с.	н.с.	н.у.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.
Практикующие парамедики	н.с.	н.с.	н.у.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.
Медсестры/медбратья сестры - ассистенты врачей	н.с.	н.с.	н.у.	н.с.	н.с.	н.с.	н.с.
Терапевты	2021	2 242	20%	448	н.с.	н.с.	12.6
Акушеры-гинекологи	2021	257	50%	129	н.с.	н.с.	1.4
Педиатры	2021	247	15%	37	н.с.	н.с.	1.4
ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ СРМНПЗ		8 058		3 129			45.4

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - Национальная система учета кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ (НСУКЗ), по состоянию на декабрь 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, ноябрь 2021 - январь 2022 г.

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ АКУШЕРОВ(-ОК) УСЛОВИЯ

Политический климат				
Количество медсестер на руководящих должностях в ...		национальном МЗ	местных отделениях МЗ	регулирующих органах
		0	0	0
Есть ли в вашей стране законодательство, признающее акушерское дело как профессию, отличную от сестринского дела?		нет		
Образование				
Программы обучения акушерскому делу		прямое обучение специальности	повышение квалификации медсестер	комбинированное
	наличие	да	нет	н.с.
	продолжительность (мес.)	36	н.у.	н.с.
Процент преподавателей акушерского дела, являющихся акушерами(-ками)		4		
Все акушеры(-ки) имеют степень бакалавра или аналогичную степень?		нет		
Есть ли в вашей стране аспирантура по акушерскому делу?		да		
Регулирование				
Нет официальной системы регулирования акушерской деятельности				
Лицензирование обязательно: периодическое обновление и НПК				
Количество основных функций БНАНП, которые разрешено выполнять акушерам(-кам)		1 из 7		
Количество современных средств контрацепции, которые разрешено применять акушерам(-кам)		1 из 5		
Объединения				
Существует ли специальная ассоциация акушеров(-ок)?		**да**		

ДОЛЯ ПОТРЕБНОСТИ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ

ПРОГНОЗ НАЛИЧИЯ НА 2030 Г.

н.с.

ПОЯСНЕНИЯ

Косово предоставило общую численность медсестер и акушерок, работающих в учреждениях первичной медицинской помощи, но не смогло указать, сколько из них – медсестры, а сколько – акушерки. Мы знаем, что на втором и третьем уровнях системы здравоохранения 88% – медсестры, а 12% – акушерки, поэтому предполагаем, что такое же соотношение будет и на первичном уровне. Указанная численность медсестер и акушерок рассчитана исходя из этого предположения.

В общую численность терапевтов входят как семейные врачи (n=601), так и врачи общей практики без специализации (n=1 641).

Источник: **если выделено полужирным шрифтом - проверенные данные из исследования МКА 2020 г.**
Если не выделено полужирным шрифтом: данные из национального бюро ЮНФПА, сентябрь 2021 г. или непроверенные данные из исследования МКА 2020 г.

Обозначения:
н.у. = «не установлено» | н.с. = «не сообщается» | н.и. = «не известно» | МЗ = министерство здравоохранения | НПК = непрерывное повышение квалификации | МКА = Международная Конфедерация акушерок

Фото: © ЮНФПА
Турция 2020

Термины

Подросток	Любое лицо в возрасте от 10 до 19 лет (включительно)
Подростковая рождаемость	Количество родов у женщин в возрасте 15-19 лет на 1 000 женщин этой возрастной группы[6]
Доля кесарева сечения	Доля беременных женщин, рожающих при помощи кесарева сечения
Охват антенатальной помощью с 4 и более посещениями	Доля женщин в возрасте 15-49 лет, удачно родивших в определенный период, которые получили антенатальную помощь четыре или более раз[7]
Эквивалент чистого СРМНПЗ (ЭЧС)*	Численность персонала, с поправкой на процент клинического времени, затраченного на помощь по охране СРМНПЗ, для оценки количества клинического времени медицинских работников, доступного для проведения вмешательств в области СРМНПЗ
Спрос на работников СРМНПЗ*	Количество работников СРМНПЗ, которое система здравоохранения страны может поддерживать в плане оплаты должностей или экономического спроса на услуги СРМНПЗ
Руководящая роль (применительно к акушерам(-кам))	«Руководящая роль», как она определена в настоящем докладе, может означать ряд управленческих, руководящих и исполнительных должностей, включая акушеров(-ок): • на должностях в Министерстве здравоохранения (например, главная акушерка, советник по акушерскому делу, национальный руководитель акушерского дела, консультанты по вопросам материнства) • возглавляющих региональные или местные родильные дома (например, акушер(-ка)-директор, акушер(-ка)-советник главного руководителя или руководства, акушеры(-ки), отвечающие за родильные отделения) • возглавляющих профессиональные ассоциации акушеров(-ок) (например, президент, главный исполнительный директор, директор) • возглавляющих регулирующие органы в сфере акушерского дела (например, председатель Совета по акушерству, главный исполнительный директор, директор) • руководящих образовательными программами по акушерскому делу (например, руководитель акушерского колледжа, директор по акушерскому делу, руководитель программы по акушерскому делу)

6 Подростковая рождаемость. Нью-Йорк: Департамент по экономическим и социальным вопросам ООН; 2021 (https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/fertility/adolescent-rate.asp#:~:text=The%20adolescent%20birth%20rate%20measures,women%20in%20that%20age%20group, по состоянию на 29 июля 2022 г.)

7 Охват антенатальной помощью – не менее четырех посещений (%). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2021 (https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/80, по состоянию на 29 июля 2022 г.)

Живорождение	Полный выход или извлечение плода из матери, независимо от срока беременности, который после такого отделения дышит или показывает любые признаки жизни (сердцебиение, пульсация пуповины или определенные движения произвольно сокращающихся мышц), независимо от того, перерезана ли пуповина или прикреплена плацента[8]
Коэффициент материнской смертности	Количество случаев материнской смертности за определенный период времени на 100 000 живорождений за тот же период[9]
Акушер(-ка)	Ответственный специалист, который выступает партнером пациенток, предоставляя необходимую поддержку, помощь и консультации во время беременности, родов и в послеродовом периоде, принимает роды, неся при этом личную ответственность, и оказывает помощь новорожденным и грудным детям. К этой помощи относятся профилактические меры, содействие нормальным родам, выявление осложнений у матери и ребенка, доступ к медицинской помощи или другой соответствующей поддержке, и проведение неотложных мероприятий. Акушер(-ка) выполняет важную задачу по консультированию и просвещению в области здоровья не только женщины, но и семьи и общества в целом. Эта работа должна включать в себя дородовое просвещение и подготовку к родительской роли, и может распространяться на женское здоровье, сексуальное или репродуктивное здоровье и уход за детьми. Акушер(-ка) может практиковать в любых условиях, включая дом, общину, больницы, клиники или медицинские пункты[10]
Уход под руководством акушерки/акушера	Акушер(-ка) – ведущий медицинский работник, ответственный за планирование, организацию и оказание медицинской помощи[11]
Распространенность современных контрацептивов	Доля женщин, которые в настоящее время используют или чей сексуальный партнер использует хотя бы один современный метод контрацепции. Современные методы включают: противозачаточные таблетки для перорального приема, импланты, инъекции, контрацептивные пластыри и вагинальные кольца, внутриматочные спирали, женские и мужские презервативы, женская и мужская стерилизация, вагинальные барьерные методы (включая диафрагмы, шеечные колпачки и спермицидные средства), метод лактационной аменореи, таблетки экстренной контрацепции, метод стандартных дней, метод измерения базальной температуры тела, метод TwoDay и симптотермальный метод[12]

8 Рождаемость. Нью-Йорк: Департамент по экономическим и социальным вопросам ООН; 2017 (https://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/natality/natmethods.htm, по состоянию на 29 июля 2022 г.).

9 Коэффициент материнской смертности (на 100 000 живорождений). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2021 (https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/26, по состоянию на 29 июля 2022 г.)

10 Международное определение акушера(-ки). Гаага: Международная Конфедерация акушерок; 2017 (https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf, по состоянию на 29 июля 2022 г.)

11 Изложение позиции: помощь под руководством акушера – предпочтительный выбор для всех женщин. Гаага: Международная Конфедерация акушерок; 2017 (https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-midwifery-led-care-the-first-choice-for-all-women.pdf, по состоянию на 29 июля 2022 г.)

12 Распространенность средств контрацепции – применение современных методов (%). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2021 (https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3334, по состоянию на 29 июля 2022 г.)

Потребность в работниках СРМНПЗ*	Количество времени работников СРМНПЗ, необходимое для достижения всеобщего охвата существенными вмешательствами в области СРМНПЗ, перечисленными в Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков
Коэффициент неонатальной смертности	Число смертей в течение первых 28 полных дней жизни на 1 000 живорожденных за данный год или период[13]
Медицинская сестра	Лицо, успешно завершившее программу базового, общего сестринского образования и получившее разрешение соответствующего регулирующего органа на сестринскую практику. Базовое сестринское образование – это официально признанная программа обучения, обеспечивающая широкую и прочную основу знаний поведенческих и биологических наук и сестринского дела, необходимых для ведения общей сестринской практики, для выполнения руководящей роли и для продолженного образования по специализации или для совершенствования сестринской практики. Медсестра подготовлена и имеет разрешение (i) вести общую сестринскую практику, включая оздоровление, профилактику заболеваний и уход за физически и психически больными и инвалидами всех возрастов и во всех медицинских и других общественных условиях; (ii) проводить обучение в области здравоохранения; (iii) принимать полноценное участие в качестве члена коллективов медицинских работников; (iv) руководить и обучать медсестер и вспомогательный медицинский персонал; и (v) участвовать в исследованиях[14]
Медсестра-акушерка/ медбрат-акушер*	Медсестра, прошедшая акушерскую подготовку, т.е. «успешно завершила программу акушерского образования и получила квалификацию, необходимую для регистрации и/или получения официальной лицензии на ведение акушерской практики». Признано, что не во всех странах используется термин «медсестра-акушерка/медбрат-акушер», и что не обязательно все, кто входит в категорию «медсестры-акушерки/медбратья-акушеры», оказывает акушерскую помощь
Сестринские кадры, кроме тех, кто прошел акушерскую подготовку*	Все лица, имеющие квалификацию медсестры/медбрата (специалисты или младшие специалисты), за исключением медсестер-специалистов или медсестер-младших специалистов, имеющих официальную акушерскую подготовку, которые считаются акушерскими кадрами и не учитываются в общем числе медсестер/медбратьев

13 Коэффициент неонатальной смертности (на 100 000 живорождений). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/neonatal-mortality-rate-(per-1000-live-births), по состоянию на 29 июля 2022 г.)

14 Определение медицинской сестры. Женева: Международный совет медицинских сестер; 1987 (https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions, по состоянию на 29 июля 2022 г.)

Потенциально удовлетворенная потребность (ПУП)*	Доля рабочего времени медицинских работников, необходимого для всеобщего охвата существенными вмешательствами в области СРМНПЗ, который может быть обеспечен нынешним персоналом, если он будет обучен в соответствии с мировыми стандартами, справедливо распределен и будет работать в благоприятных условиях
Помощь по охране сексуального и репродуктивного здоровья и здоровья матерей, новорожденных и подростков (СРМНПЗ)	Диапазон помощи по охране сексуального и репродуктивного здоровья и охране здоровья матерей и новорожденных, в том числе для подростков
Врачи СРМНПЗ*	Терапевты, акушеры-гинекологи и педиатры
Коэффициент мертворождаемости	Число детей, родившихся без признаков жизни на сроке беременности 28 недель и более, на 1 000 всех родов[15]
Наличие работников здравоохранения	Количество работников здравоохранения, доступных для оказания клинических услуг
Общий коэффициент рождаемости	Среднее число детей у гипотетической группы женщин на конец их детородного периода, если бы в течение всей жизни на них распространялся уровень рождаемости за данный периода и если бы на них не распространялась смертность. Выражается в количестве детей на одну женщину[16]
Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи	Доля женщин репродуктивного возраста, имеющих неудовлетворенную потребность в планировании семьи, то есть желающих прекратить или отложить деторождение, но не использующих никаких методов контрацепции[17]

** Этот термин встречается только в докладах серии «Состояние акушерского дела в мире» («САДвМ») и не является стандартным термином.*

15 Коэффициент мертворождаемости. Нью-Йорк: ЮНИСЕФ; 2021 (https://data.unicef.org/topic/child-survival/stillbirths/, по состоянию на 29 июля 2022 г.)

16 Общий коэффициент рождаемости (рождений на одну женщину). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2021 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-fertility-rate-(per-woman), по состоянию на 29 июля 2022 г.)

17 Неудовлетворенная потребность в планировании семьи. Нью-Йорк: Департамент по экономическим и социальным вопросам ООН; 2014 (https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2014/Metadata/WCU2014_UNMET_NEED_metadata.pdf, по состоянию на 29 июля 2022 г.)

Технические вопросы

В таблице А.1 указаны профессии в сфере здравоохранения, которые в настоящем докладе считаются принадлежащими к кадрам СРМНПЗ.

Таблица А.1: Определения профессий работников СРМНПЗ

РОД ЗАНЯТИЙ	ОПРЕДЕЛЕНИЕ
Специалисты по акушерскому делу	Специалисты по акушерскому делу планируют, управляют и предоставляют акушерские услуги до, во время и после беременности и родов. Они обеспечивают родовспоможение, чтобы уменьшить риск для здоровья женщин и новорожденных в соответствии с практикой и стандартами современного акушерского дела, работая независимо или в команде с другими поставщиками медицинских услуг. Они могут проводить исследования в области акушерской практики и процедур, а также вести просветительскую деятельность в области акушерства в клиниках и общинах.
Младшие специалисты по акушерскому делу	Младшие специалисты по акушерскому делу оказывают базовую медицинскую помощь и дают консультации до, во время и после беременности и родов. Они консультируют женщин, семьи и общины по вопросам планирования родов и неотложной помощи, грудного вскармливания, ухода за младенцами, планирования семьи и по смежным темам; контролируют состояние здоровья во время беременности и родов; выполняют планы по уходу, лечению и направлению к специалистам, обычно разрабатываемые врачами, акушерами(-ками) и другими специалистами здравоохранения.
Медсестры-акушерки/ медбратья-акушеры	Медсестры (специалисты), прошедшие акушерскую подготовку, т.е. успешно завершившие программу акушерского образования и имеющие квалификацию, необходимую для регистрации и/или получения лицензии на ведение акушерской практики». Обычно для этого получают сестринскую квалификацию, а затем дополнительную акушерскую квалификацию.
Медсестры-акушерки/ медбратья-акушеры (младшие специалисты)	Медсестры/медбратья-младшие специалисты оказывают базовую медицинскую помощь и дают консультации до, во время и после беременности и родов. Они консультируют женщин, семьи и общины по вопросам планирования родов и неотложной помощи, грудного вскармливания, ухода за младенцами, планирования семьи и по смежным темам; контролируют состояние здоровья во время беременности и родов; выполняют планы по уходу, лечению и направлению к специалистам, обычно разрабатываемые врачами, акушерами(-ками) и другими специалистами здравоохранения.
Медсестры/ медбратья (специалисты)	Медсестры/медбратья (специалисты) предоставляют услуги по лечению, поддержке и уходу за людьми, нуждающимися в сестринском уходе из-за последствий старения, травм, болезней или других физических или психических нарушений, или потенциальных рисков для здоровья, в соответствии с практикой и стандартами современного сестринского дела. Они отвечают за планирование и управление уходом за пациентами, включая руководство другими медицинскими работниками, работая независимо или в команде с врачами и другими специалистами по практическому применению профилактических и лечебных мер в клинических и общественных условиях.

РОД ЗАНЯТИЙ	ОПРЕДЕЛЕНИЕ
Медсестры (младшие специалисты)	Медсестры (младшие специалисты) обеспечивают базовый сестринский и индивидуальный уход за людьми, нуждающимися в таком уходе вследствие старения, болезней, травм или других физических или психических нарушений. Они дают медицинские консультации пациентам и их семьям, контролируют состояние пациентов и выполняют планы по уходу, лечению и направлению к специалистам, которые обычно разрабатываются врачами, медсестрами и другими медицинскими работниками.
Работники общественного здоровья	Медико-санитарные работники обеспечивают медицинское просвещение, направление к специалистам и последующее наблюдение, управление документооборотом, а также базовое профилактическое медицинское обслуживание и услуги по посещению на дому в отдельных общинах. Они поддерживают и помогают людям и семьям ориентироваться в системах здравоохранения и социальных услуг.
Практикующие парамедики	Фельдшеры дают консультации, проводят диагностику, лечение и профилактику, более простые и требующие более низкого уровня компетенции, чем те, которые выполняют врачи. Они работают независимо или под ограниченным контролем врачей и выполняют клинические, терапевтические и хирургические процедуры для лечения и профилактики заболеваний, травм и других физических или психических отклонений, характерных для отдельных сообществ.
Медсестры/ медбратья - ассистенты врачей	Медсестры/медбратья - ассистенты врачей выполняют основные клинические и административные задачи по обслуживанию пациентов под непосредственным руководством врача или другого специалиста в области здравоохранения. Они выполняют такие рутинные задачи и процедуры, как измерение основных показателей жизнедеятельности пациентов, введение лекарств и инъекций, регистрация информации в системах медицинской документации, подготовка и обработка медицинских инструментов и материалов, а также сбор и подготовка образцов биологических жидкостей и тканей для лабораторных исследований.
Терапевты	Врачи общей практики (терапевты, включая семейных врачей и врачей первичной помощи) диагностируют, лечат и предотвращают заболевания, болезни, травмы и другие физические и психические нарушения, а также поддерживают общее здоровье человека, применяя принципы и процедуры современной медицины. Они планируют, контролируют и оценивают выполнение другими медицинскими работниками планов ухода и лечения. Их практика не ограничивается конкретными категориями заболеваний или методами лечения, и они могут отвечать за предоставление непрерывной и всесторонней медицинской помощи отдельным людям, семьям и сообществам.
Акушеры-гинекологи	Врачи акушерско-гинекологических и смежных специальностей, специализирующиеся на уходе за женской репродуктивной системой, в том числе до, во время и после беременности и родов.
Педиатры	Врачи в области педиатрии и смежных специальностей, специализирующиеся на профилактике, диагностике и лечении проблем со здоровьем у младенцев, детей и подростков.

Методы, использованные для проведения анализа в данном докладе, полностью соответствуют методам, описанным в веб-приложениях к докладу «САДвМ 2021», за одним исключением. Некоторые источники данных, использованные для

оценки уровня потребности в рабочем времени работников СРМНПЗ, были обновлены после публикации доклада «САДвМ 2021». В таблице А.2 показаны виды вмешательства, на которые повлияли изменения, и приведены обновленные источники данных. Если вмешательство не указано в таблице А.2, то оно не обновлялось с момента выхода доклада «САДвМ 2021», и был использован тот же источник данных, что и в веб-приложении 5 к докладу «САДвМ 2021».

Таблица А.2: Источники данных, обновленные с момента выхода доклада «САДвМ 2021», что повлияло на оценки времени медицинских работников, необходимого для проведения существенных вмешательств по охране СРМНПЗ

ВМЕШАТЕЛЬСТВО	КОЛИЧЕСТВО И СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НЕОБХОДИМЫХ КОНТАКТОВ С РАБОТНИКОМ СРМНПЗ	ТРЕБОВАНИЯ К ДАННЫМ И ИХ ИСТОЧНИКИ
ЖЕНЩИНЫ (В Т.Ч. ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДО БЕРЕМЕННОСТИ)		
Предоставление презервативов, диафрагм и капсул	Три контакта в год общей продолжительностью 35 минут на одну женщину детородного возраста (ЖДВ), пользующуюся презервативами, расчет по формуле: Численность ЖДВ x (распространенность контрацептивов (РК) + неудовлетворенная потребность) x % женщин, пользующихся контрацептивами, которые применяют мужские или женские презервативы	**Показатель**: РК (любые методы), 2019-2030. **Источник**: Департамент по экономическим и социальным вопросам ООН, показатели планирования семьи (https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.asp), по состоянию на 29 сентября 2021 г. К странам, не указанным в этом источнике, применялось среднее региональное значение. **Показатель**: Неудовлетворенная потребность в планировании семьи (%). **Источник**: Департамент по экономическим и социальным вопросам ООН, показатели планирования семьи (см. выше). **Показатель**: Доля женщин (в возрасте 15-49 лет), использующих контрацептивы каждого типа. **Источник**: Департамент по экономическим и социальным вопросам ООН, данные (https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2019.asp), по состоянию на 29 сентября 2021 г. К странам, не указанным в этом источнике, применялось среднее региональное значение.
Предоставление противозачаточных таблеток и инъекционных препаратов	Три контакта в год общей продолжительностью 40 минут на одну женщину детородного возраста, пользующуюся таблетками или инъекциями, расчет по формуле: Численность ЖДВ x (РК + неудовлетворенная потребность) x % женщин, пользующихся контрацептивами, которые применяют таблетки или инъекционные препараты	
Установка и извлечение противозачаточных имплантов	Один 60-минутный контакт каждые 5 лет на одну женщину детородного возраста, пользующуюся имплантами (типа Jadelle), расчет по формуле: Численность ЖДВ x (РК + неудовлетворенная потребность) x % женщин, пользующихся контрацептивами, которые применяют импланты	
Установка внутриматочных противозачаточных средств (ВПС)	Один 55-минутный контакт каждые 10 лет на одну женщину детородного возраста, пользующуюся ВПС (типа Copper T 380-A-IUD), расчет по формуле: Женщина детородного возраста x (РК + неудовлетворенная потребность) x % женщин, пользующихся контрацептивами, которые применяют ВПС	
Женская стерилизация	Один 100-минутный контакт на одну женщину детородного возраста, которой требуется стерилизация, расчет по формуле: (Новые члены группы женщин детородного возраста, т.е. 20% женщин в возрасте 15-19 лет) x (РК + неудовлетворенная потребность) x (% женщин, пользующихся контрацептивами, которые применяют стерилизацию)	

ВМЕШАТЕЛЬСТВО	КОЛИЧЕСТВО И СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НЕОБХОДИМЫХ КОНТАКТОВ С РАБОТНИКОМ СРМНПЗ	ТРЕБОВАНИЯ К ДАННЫМ И ИХ ИСТОЧНИКИ
БЕРЕМЕННОСТЬ (АНТЕНАТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ)		
Профилактика малярии, включая обработанные инсектицидами сетки и периодическое профилактическое лечение	Контакты общей продолжительностью 6 минут на одну беременную женщину, проживающую в районах с высоким уровнем распространения малярии, расчет по формуле: число беременностей x % населения, проживающего в районах с высоким уровнем распространения малярии	**Показатель**: Доля населения, проживающего в районах с высоким уровнем распространения малярии. **Источник**: ВОЗ, Всемирный доклад о малярии (2020) (https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2020), по состоянию на 23 ноября 2021 г. Для стран, не включенных в отчет, принят показатель 0%.
Лечение малярии у беременных	Один 4-минутный контакт на одну беременную женщину, страдающую малярией, расчет по формуле: число беременностей x количество предполагаемых и подтвержденных случаев малярии	**Показатель**: Количество предполагаемых и подтвержденных случаев малярии (%). **Источник**: ВОЗ, Всемирный доклад о малярии (2020) (см. выше, данные за 2019 г.)
ПОСТНАТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ (МАТЕРЯМ)		
Ответные меры на насилие над сексуальным партнером (НСП)	Контакты общей продолжительностью 35 минут на одну молодую мать, подвергшуюся НСП, расчет по формуле: (количество живорожденных + мертворожденных) x распространенность НСП в течение жизни среди женщин в возрасте 15-49 лет	**Показатель**: Распространенность НСП в течение жизни среди женщин в возрасте 15-49 лет. **Источник**: ВОЗ (2021) Глобальная база данных о распространенности насилия в отношении женщин (https://srhr.org/vaw-data/data). К странам, не указанным в этом источнике, применялось среднее региональное значение.
СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ		
Предотвращение таких вредных практик, как калечащие операции на женских половых органах (КОЖПО), и ранних и принудительных браков	Контакты общей продолжительностью 5 минут для всех девочек 10-19 лет, проживающих в странах с распространенностью КОЖПО >0 (при условии, что это мероприятие проходит в группах по 30 человек продолжительностью 2,5 часа)	**Показатель**: Распространенность КОЖПО (%). **Источник**: Всемирный Банк, доклад «Показатели мирового развития» (https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators), по состоянию на 29 сентября 2021 г.

Сноски

1. United Nations Security Council: **Resolution 1244**. 1999 [https://undocs.org/en/S/RES/1244(1999), по состоянию на 29 июля 2022 г.].
2. World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund, World Bank Group, United Nations Population Division: **Maternal mortality: levels and trends 2000 to 2017.** Geneva: World Health Organization; 2019.
3. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation: **Levels and trends in child mortality: 2020 report.** New York: United Nations Children's Fund; 2020.
4. Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, Kalafat E, van der Meulen J, Gurol-Urganci I, O'Brien P, Morris E, Draycott T, Thangaratinam S, et al: **Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis.** *Lancet Glob Health* 2021, 9:e759-e772.
5. World Health Organization: **Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM).** Geneva: World Health Organization; 2015.
6. World Bank: **Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births) - European Union.** 2019 [https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=EU, по состоянию на 14 января 2022 г.].
7. United Nations: **Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. Resolution 70/1.** 2015 [https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf, по состоянию на 29 июля 2022 г.].
8. World Bank: **Mortality rate, neonatal (per 1,000 live births) - European Union.** 2020 [https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT?locations=EU, по состоянию на 14 января 2022 г.].
9. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation: **Data and estimates.** 2021 [https://childmortality.org/data, по состоянию на 13 января 2022 г.].
10. Eurostat: **Neonatal mortality rate.** 2021 [https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do, по состоянию на 13 января 2022 г.].
11. Every Woman Every Child: **The global strategy for women's, children's and adolescents' health 2016–2030.** Geneva: World Health Organization; 2015.
12. United Nations Population Fund: **World population dashboard.** 2021 [https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard, по состоянию на 29 сентября 2021 г.].
13. World Bank: **Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19) - European Union.** 2019 [https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT?locations=EU, по состоянию на 7 февраля 2022 г.].
14. United Nations Children's Fund: **Data: antenatal care coverage.** 2021 [https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/, по состоянию на 4 октября 2021 г.].
15. ICF: **The DHS program STATcompiler. Funded by USAID.** 2022 [https://www.statcompiler.com/en/, по состоянию на 17 января 2022 г.].

16. United Nations: **International Conference on Population and Development programme of action: twentieth anniversary edition.** New York: United Nations Population Fund; 2014.

17. United Nations Population Fund Eastern Europe and Central Asia Regional Office: **Member states reconfirm commitment to ICPD agenda at regional ICPD+25 conference in Geneva.** 2018 [https://eeca.unfpa.org/en/news/member-states-reconfirm-commitment-icpd-agenda-regional-icpd25-conference-geneva, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

18. United Nations Population Fund Regional Office for Eastern Europe and Central Asia: **New partnership between UNFPA and ESC to advance sexual and reproductive health and reproductive rights.** 2021 [https://eeca.unfpa.org/en/news/new-partnership-between-unfpa-and-esc-advance-sexual-and-reproductive-health-and-reproductive-1, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

19. Mahmood T, Bitzer J, Nizard J, Short M, EBCOG, ESCRH: **The sexual reproductive health of women: Unfinished business in the Eastern Europe and Central Asia region.** *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020, 247:246-253.

20. United Nations Economic Commission for Europe, United Nations Population Fund Regional Office for Eastern Europe and Central Asia: **Fulfilling the potential of present and future generations: report on ICPD programme of action implementation in the UNECE region.** Geneva: UNECE Information Unit; 2018.

21. High-Level Commission on ICPD25: **Nairobi Statement on ICPD25: accelerating the promise.** 2019 [https://www.nairobisummiticpd.org/content/icpd25-commitments, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

22. World Health Organization: **Global strategy on human resources for health: workforce 2030.** Geneva: World Health Organization; 2016.

23. United Nations Population Fund: **The UNFPA strategic plan, 2022-2025.** 2021 [https://www.unfpa.org/sites/default/files/board-documents/main-document/ENG_DP.FPA_.2021.8_-_UNFPA_strategic_plan_2022-2025_-_FINAL_-_14Jul21.pdf, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

24. United Nations Population Fund: **Eastern Europe and Central Asia regional programme (2022-2025).** 2021 [https://www.unfpa.org/sites/default/files/board-documents/DP.FPA_.2021.8_-_strategic_plan_2022-2025_-_Annex.5_-_Eastern_Europe_and_Central_Asia_-_Final_-_21Jul21.pdf, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

25. United Nations Population Fund, World Health Organization, International Confederation of Midwives: **The state of the world's midwifery 2021: building a health workforce to meet the needs of women, newborns and adolescents everywhere.** New York: United Nations Population Fund; 2021.

26. United Nations Population Fund: **The state of the world's midwifery 2021: webappendices.** 2021 [https://www.unfpa.org/sowmy-webappendices, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

27. International Labour Organization: **International standard classification of occupations (ISCO).** 2008 [https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/index.htm, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

28. ten Hoope-Bender P, Nove A, Sochas L, Matthews Z, Homer CSE, Pozo-Martin F: **The 'dream team' for sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health: an adjusted service target model to estimate the ideal mix of health care professionals to cover population need.** *Hum Resour Health* 2017, **15**:46.

29. World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund, International Confederation of Midwives, International Council of Nurses, International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Pediatric Association: **Definition of skilled health personnel providing care during childbirth.** 2018 [https://www.who.int/publications/i/item/definition-of-skilled-health-personnel-providing-care-during-childbirth, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

30. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D: **Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women.** *Cochrane Database Syst Rev* 2016:CD004667.

31. Liu JX, Goryakin Y, Maeda A, Bruckner T, Scheffler R: **Global health workforce labor market projections for 2030.** *Hum Resour Health* 2017, **15**:11.

32. World Health Organization: **The WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel.** 2010 [https://www.who.int/publications/m/item/migration-code, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

33. Williams GA, Jacob G, Rakovac I, Scotter C, Wismar M: **Health professional mobility in the WHO European Region and the WHO Global Code of Practice: data from the joint OECD/EUROSTAT/WHO-Europe questionnaire.** *Eur J Public Health* 2020, **30**:iv5-iv11.

34. World Health Organization: **Migration of health workers: the WHO Code of practice and the global economic crisis.** 2014 [https://apps.who.int/iris/handle/10665/354702, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

35. Dussault G, Fronteira I, Cabral J: **Migration of health personnel in the WHO European region.** 2009 [https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/95689/E93039.pdf, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

36. Open Society Foundations: **Working together to address health workforce mobility in Europe.** 2020 [https://www.opensocietyfoundations.org/publications/working-together-to-address-health-workforce-mobility-in-europe, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

37. United Nations Population Fund: **Impact of the COVID-19 pandemic on family planning and ending gender-based violence, female genital mutilation and child marriage.** 2020 [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_impact_brief_for_UNFPA_24_April_2020_1.pdf, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

38. United Nations Population Fund: **Coronavirus disease (COVID-19) pandemic UNFPA global response plan.** 2020 [https://www.unfpa.org/resources/coronavirus-disease-covid-19-pandemic-unfpa-global-response-plan, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

39. United Nations Development Programme Albania: **UNDP and Swedish government join forces to combat domestic violence amid COVID-19.** 2020 [https://albania-undp.medium.com/undp-and-swedish-government-join-forces-to-combat-domestic-violence-amid-covid-19-3670c09c75b1, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

40. World Health Organization: **Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic.** 2021 [https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/national-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic/dashboard, по состоянию на 9 февраля 2022 г.].

41. World Health Organization: **WHO coronavirus (COVID-19) dashboard.** 2022 [https://covid19.who.int/, по состоянию на 9 февраля 2022 г.].

42. World Health Organization Health Workforce Department: **The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. Working paper 1.** 2021 [https://apps.who.int/iris/handle/10665/345300, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

43. Patelarou A, Saliaj A, Galanis P, Pulomenaj V, Prifti V, Sopjani I, Mechili EA, Laredo-Aguilera JA, Kicaj E, Kalokairinou A, et al: **Predictors of nurses' intention to accept COVID-19 vaccination: A cross-sectional study in five European countries.** *J Clin Nurs* 2021.

44. Patelarou E, Galanis P, Mechili EA, Argyriadi A, Argyriadis A, Asimakopoulou E, Brokaj S, Bucaj J, Carmona-Torres JM, Cobo-Cuenca AI, et al: **Factors influencing nursing students' intention to accept COVID-19 vaccination: A pooled analysis of seven European countries.** *Nurse Educ Today* 2021, **104**:105010.

45. International Confederation of Midwives: **ICM calls on all midwives to be vaccinated against covid-19.** 2021 [https://www.internationalmidwives.org/icm-news/icm-calls-on-all-midwives-to-be-vaccinated-against-covid-19.html, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

46. United Nations Population Fund Eastern Europe and Central Asia Regional Office: **COVID-19 situation report no. 1 for UNFPA Eastern Europe and Central Asia.** 2020 [https://www.unfpa.org/resources/covid-19-situation-report-no-1-unfpa-eastern-europe-and-central-asia, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

47. The Global Fund to Fight AIDS Tuberculosis and Malaria: **Inequitable access to COVID-19 tools: a snapshot across 503 facilities in Africa, Asia, and Eastern Europe and Central Asia.** 2021 [https://www.theglobalfund.org/media/11504/covid-19_2021-snapshot_report_en.pdf, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

48. Billings J, Ching BCF, Gkofa V, Greene T, Bloomfield M: **Experiences of frontline healthcare workers and their views about support during COVID-19 and previous pandemics: a systematic review and qualitative meta-synthesis.** *BMC Health Serv Res* 2021, **21**:923.

49. Tomlin J, Dalgleish-Warburton B, Lamph G: **Psychosocial support for healthcare workers during the COVID-19 pandemic.** *Front Psychol* 2020, **11**:1960.

50. Aksoy YE, Kocak V: **Psychological effects of nurses and midwives due to COVID-19 outbreak: the case of Turkey.** *Arch Psychiatr Nurs* 2020, **34**:427-433.

51. Bahat PY, Talmaç MA, Bestel A, Topbas Selcuke NF, Karadeniz O, Polat I: **Evaluating the effects of the COVID-19 pandemic on the physical and mental well-being of obstetricians and gynecologists in Turkey.** *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2020, **151**:67-73.

52. Sögüt S, Dolu I, Cangöl E: **The relationship between COVID-19 knowledge levels and anxiety states of midwifery students during the outbreak: a cross-sectional web-based survey.** *Perspect Psychiatr Care* 2021, **57**:246-252.

53. Uzun ND, Tekín M: **Psychological and social effects of COVID-19 pandemic on obstetrics and gynecology employees.** *Journal of Surgery and Medicine* 2020, **4**:355-358.

54. Yörük S, Güler D: **The relationship between psychological resilience, burnout, stress, and sociodemographic factors with depression in nurses and midwives during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Turkey.** *Perspect Psychiatr Care* 2021, **57**:doi.org/10.1111/ppc.12659.

55. Pollock A, Campbell P, Cheyne J, Cowie J, Davis B, McCallum J, McGill K, Elders A, Hagen S, McClurg D, et al: **Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review.** *Cochrane Database Syst Rev* 2020, **11**:CD013779.

56. Billings J, Abou Seif N, Hegarty S, Ondruskova T, Soulios E, Bloomfield M, Greene T: **What support do frontline workers want? A qualitative study of health and social care workers' experiences and views of psychosocial support during the COVID-19 pandemic.** *PLoS ONE* 2021, **16**:e0256454.

57. United Nations Population Fund: **Pandemic pivot: achieving transformative results in the COVID-19 pandemic.** New York; 2021.

58. International Labour Organization: **ILO monitor: COVID-19 and the world of work. Eighth edition. Updated estimates and analysis.** 2021 [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_824092.pdf, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

59. Bar-Zeev S, Breen-Kamkong C, Ten Hoope-Bender P, Sahbani S, Abdullah M: **UNFPA supporting midwives at the heart of the COVID-19 response.** *Women Birth* 2021, **34**:4-6.

60. United Nations Population Fund Eastern Europe and Central Asia Regional Office: **COVID-19: UNFPA's response.** 2022 [https://eeca.unfpa.org/en/covid19, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

61. Gavine A, MacGillivray S, McConville F, Gandhi M, Renfrew MJ: **Pre-service and in-service education and training for maternal and newborn care providers in low- and middle-income countries: an evidence review and gap analysis.** *Midwifery* 2019, **78**:104–113.

62. Filby A, McConville F, Portela A: **What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low- and middle-income countries from the provider perspective.** *PLoS ONE* 2016, **11**:e0153391.

63. World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund, International Confederation of Midwives: **Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: framework for action.** Geneva: World Health Organization; 2019.

64. International Confederation of Midwives: **ICM global standards for midwifery education (2010 revised 2021).** 2021 [https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/global-standards.html, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

65. World Health Organization: **Sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health policy survey 2018–19.** *Geneva: World Health Organization*, 2020.

66. Luyben A, Barger M, Avery M, Bharj KK, O'Connell R, Fleming V, Thompson J, Sherratt D: **Exploring global recognition of quality midwifery education: Vision or fiction?** *Women Birth* 2017, **30**:184-192.

67. Sahakyan S, Aslanyan L, Hovhannisyan S, Petrosyan V: **An evaluation of midwifery education system in Armenia.** *European Journal of Public Health* 2019, **29**:ckz186.416.

68. Kolfenbach M, Birdsall K: **International cooperation: strengthening midwifery in Central Asia.** *Journal of Asian Midwives* 2015, **2**:57-61.

69. United Nations Population Fund: **Improving midwifery services in Tajikistan.** 2011 [https://www.unfpa.org/news/improving-midwifery-services-tajikistan, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

70. Schubiger M, Lechthaler F, Khamidova M, Parfitt BA, Prytherch H, van Twillert E, Wyss K: **Informing the medical education reform in Tajikistan: evidence on the learning environment at two nursing colleges.** *BMC Med Educ* 2019, **19**:85.

71. Topuz Ş, Yilmaz Sezer N, Aker MN, Gönenç IM, Öner Cengiz H, Er Korucu A: **A SWOT analysis of the opinions of midwifery students about distance education during the Covid-19 pandemic a qualitative study.** *Midwifery* 2021, **103**:103161.

72. Gosic N, Tomak T: **Professional and normative standards in midwifery in six Southeast European countries: A policy case study.** *Eur J Midwifery* 2019, **3**:18.

73. Zlatanović M, Antić L, Radosavljević D, Antić D, Despotović M, Aleksandrić J, Švaljug D: **Inequalities in the education of midwives in Europe.** *Acta Facultatis Medicae Naissensis* 2021, **38**:315-323.

74. Deliktas Demirci A, Kabukcuoglu K, Haugan G, Aune I: **Turkish midwives' experiences and opinions in promoting normal births: A grounded theory study.** *Midwifery* 2021, **99**:103006.

75. World Health Organization: **Task sharing to improve access to family planning/contraception.** 2018 [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-17.20, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

76. Kanem N: **Midwives – defenders of women's rights.** 2019 [https://asiapacific.unfpa.org/en/news/midwives%E2%80%94-defenders-womens-rights#:~:text=Midwives%20are%20public%20health%20heroes,the%20most%20basic%20human%20rights, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

77. United Nations Population Fund Eastern Europe and Central Asia Regional Office: **Child marriage.** 2022 [https://eeca.unfpa.org/en/node/9641, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

78. International Labour Organization: **Women in business and management: gaining momentum in Eastern Europe and Central Asia.** 2018 [https://www.ilo.org/actemp/publications/WCMS_624225/lang--en/index.htm, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

79. United Nations Population Fund Evaluation Office: **Evaluation of UNFPA support to the prevention, response to and elimination of gender-based violence, and harmful practices.** 2017 [https://www.unfpa.org/sites/default/files/admin-resource/EECARO_Case_Study_Final_Nov.pdf, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

80. UN Women: **The impact of COVID-19 on women's and men's lives and livelihoods in Europe and Central Asia: preliminary results from a rapid gender assessment.** 2020 [https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20eca/attachments/publications/2020/07/the%20impact%20of%20covid19%20on%20womens%20and%20mens%20lives%20and%20livelihoods%20in%20europe%20and%20central%20asia.pdf?la=en&vs=5703, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

81. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M, Ten Hoope-Bender P, Tracy S, Homer CSE: **Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study.** *Lancet Glob Health* 2021, **9**:e24–e32.

82. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, Silva DR, Downe S, Kennedy HP, Malata A, et al: **Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care.** *Lancet* 2014, **384**:1129–1145.

83. World Health Organization: **WHO statement on caesarean section rates.** 2015 [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf, по состоянию на 29 июля 2021 г.].

84. World Health Organization: **WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections.** Geneva; 2018.

85. Chapman A, Nagle C, Bick D, Lindberg R, Kent B, Calache J, Hutchinson AM: **Maternity service organisational interventions that aim to reduce caesarean section: a systematic review and meta-analysis.** *BMC Pregnancy Childbirth* 2019, **19**:206.

86. Hanahoe M: **Midwifery-led care can lower caesarean section rates according to the Robson ten group classification system.** *Eur J Midwifery* 2020, **4**:7.

87. King TL: **The effectiveness of midwifery care in the World Health Organization year of the nurse and the midwife: reducing the cesarean birth rate.** *J Midwifery Women's Health* 2020, **65**:7-9.

88. European Commission: **The Bologna Process and the European Higher Education Area.** 2022 [https://education.ec.europa.eu/levels/higher-education/inclusion-connectivity/bologna-process-european-higher-education-area, по состоянию на 29 июля 2022 г.].

UNFPA