



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Региональная консультация по целевым ориентирам, индикаторам и механизму мониторинга для политики Здоровье-2020

РЕЗЮМЕ

В 2012 г. государствами-членами была одобрена политика Здоровье-2020, устанавливающая целевые ориентиры в шести областях. Политика также предусматривает осуществление мониторинга достигнутого прогресса в отношении целевых ориентиров как ключевого элемента подотчетности. В свою очередь, для мониторинга необходимо определить надлежащие индикаторы и рекомендовать их государствам-членам.

За прошедший год технические экспертные группы, учрежденные ВОЗ, предложили набор из 20 основных и 17 дополнительных индикаторов для рассмотрения государствами-членами. После представления индикаторов на сессии Постоянного комитета Регионального комитета (ПКРК) была проведена онлайн-консультация с государствами-членами для получения их отзывов и комментариев в отношении предлагаемого набора индикаторов, в том числе в отношении возможности их применения, их четкости, полноты, целесообразности и полезности, а также в отношении возможности одобрения индикаторов.

Всего в консультации участвовали 30 государств-членов. Их комментариям и отзывам была обеспечена анонимность, и все они были сведены воедино. В целом, удалось получить положительные отзывы в отношении основных и дополнительных индикаторов. Более 90% всех отзывов были в пользу одобрения обоих наборов индикаторов и лишь 2% – против этого. В ряде комментариев, сделанных государствами-членами, подчеркивалась необходимость некоторой корректировки и разъяснений в отношении индикаторов, например, дополнительной разбивки, дальнейших уточнений или разъяснений, в том числе в отношении методологических аспектов. ВОЗ соответствующим образом отреагировала на эти комментарии, выпустив пересмотренную таблицу с набором индикаторов, предоставив некоторые разъяснения в отчете, а также подготовив технические записки для руководства процессом сбора, мониторинга и анализа индикаторов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

DELIVERY OF HEALTH CARE
HEALTH INDICATORS
HEALTH MANAGEMENT AND PLANNING
HEALTH POLICY
HEALTH SYSTEMS PLANS
PUBLIC HEALTH
REGIONAL HEALTH PLANNING

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-21000 Copenhagen, Denmark

Кроме того, запрос на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на веб-сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

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

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Стр.</i>
Введение	1
Результаты консультации	1
Ответные действия ВОЗ в отношении комментариев государств-членов в рамках консультации	2
Последующие шаги после проведения Региональной консультации.....	6
Приложение 1. Пример технических записок: Ожидаемая продолжительность жизни при рождении.....	26
Приложение 2. Примеры черновых вариантов технических записок в отношении наборов основных и дополнительных индикаторов для целевых ориентиров политики Здоровье-2020	28

Введение

На шестьдесят второй сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (РК-62), проходившей в 2012 г. на Мальте, государства-члены одобрили основы политики Здоровье-2020. Она определяет направления работы для достижения трех стратегических целей здравоохранения, ориентированных на шесть областей, а именно: снижение бремени болезней и уменьшение факторов риска; увеличение ожидаемой продолжительности жизни; сокращение неравенств в отношении здоровья в Европе; повышение уровня благополучия населения Европы; достижение всеобщего охвата и «права на здоровье»; и национальные целевые ориентиры/цели, установленные государствами-членами. Кроме того, эта политика рассматривает в качестве важнейшего элемента подотчетности мониторинг прогресса в достижении рекомендуемых целевых ориентиров здравоохранения, для которых будет необходимо определить соответствующие индикаторы и предложить их государствам-членам¹.

В свете такой необходимости, Европейское региональное бюро ВОЗ учредило две экспертные группы для предоставления рекомендаций по разработке индикаторов для шести областей/целевых ориентиров²⁻³. В феврале 2013 г. экспертные группы провели совместное совещание, на котором они обсудили и согласовали свои предложения, ознакомились с различными процессами, происходящими на национальном и международном уровне, которые могут повлиять на сбор и интерпретацию индикаторов⁴. Экспертные группы определили набор из 20 основных и 17 дополнительных индикаторов, которые были представлены на третьей, мартовской, сессии Постоянного комитета Регионального комитета (ПКРК) двадцатого созыва, после чего пересмотренный перечень индикаторов был представлен государствам-членам для онлайн-консультации, проходившей с 22 марта по 26 апреля. ВОЗ предоставила надежный инструмент для конкретных стран, содержащий вопросник с основными и дополнительными индикаторами, и справочную документацию по процедурам, которые следует соблюдать для отбора индикаторов. Государствам-членам было предложено дать отзывы и комментарии в отношении предлагаемого набора индикаторов, в том числе в отношении возможности их применения, их четкости, полноты, целесообразности и полезности, а также в отношении возможности одобрения индикаторов.

Результаты консультации

В соответствии с рекомендациями ПКРК, экспертные группы определили минимальный набор из 20 основных индикаторов, шесть из которых предназначены для мониторинга целевого ориентира 1 («К 2020 г. сократить преждевременную смертность среди населения Европы»), один – для мониторинга целевого ориентира 2 («Повысить среднюю продолжительность жизни в Европе»), шесть – для мониторинга целевого ориентира 3 («Сократить несправедливости в Европе»), два – для мониторинга целевого ориентира 4 («Повысить уровень благополучия населения Европы»), три – для мониторинга целевого ориентира 5 («Всеобщий охват и право на здоровье»), два для

¹ ВОЗ, 2013 г. Политика Здоровье-2020 – целевые ориентиры, индикаторы и механизм мониторинга.

Шестьдесят третья сессия Европейского регионального комитета, Чешме, Измир, Турция, 16–19 сентября 2013 г., Документ EUR/RC63/8.

² ВОЗ, 2012 г. Измерение показателей и постановка целевых ориентиров в области благополучия: инициатива Европейского регионального бюро ВОЗ. Первое совещание группы экспертов, состоявшееся в Копенгагене, Дания, 8–9 февраля 2012 г.

³ ВОЗ, 2012 г. Измерение показателей и постановка целевых ориентиров в области благополучия: инициатива Европейского регионального бюро ВОЗ. Первое совещание группы экспертов, состоявшееся в Копенгагене, Дания, 8–9 февраля 2012 г.

⁴ ВОЗ, 2012 г. Совместное совещание экспертов по целевым ориентирам и индикаторам здоровья и благополучия политики Здоровье-2020. Копенгаген, Дания, 5–7 февраля 2013 г.

мониторинга целевого ориентира 6 («Национальные целевые ориентиры/цели, установленные государствами-членами»). Эти индикаторы и набор дополнительных индикаторов, рекомендуемые источники данных для них, число государств-членов, по которым имеются статистические данные в ВОЗ, учреждениях ООН или в базах данных других международных организаций, представлены в Таблице 1 в соответствии с тем, как они использовались в рамках Региональной консультации. Следует отметить, что фактически общее число основных индикаторов равно 18, поскольку два индикатора – продолжительность жизни и процент детей, вакцинированных против кори, полиомиелита и краснухи, указаны более чем для одного целевого ориентира. Экспертные группы решили, что эти индикаторы полезны для мониторинга прогресса как в области повышения средней продолжительности жизни, так и в отношении сокращения связанных с различными социальными детерминантами разрывов в показателях здоровья среди населения, а также сочли, что эти индикаторы нужны для анализа успехов и проверки того, достигнута ли устойчивая элиминация отдельных болезней, предупреждаемых с помощью вакцин (полиомиелит, корь, краснуха), и профилактика синдрома врожденной краснухи, а также для мониторинга прогресса в обеспечении всеобщего охвата медико-санитарной помощью.

Что касается ответов, полученных в рамках консультации, они были предоставлены 30 государствами-членами (57% от их общего числа). 26 из них использовали для этого вопросник, а 4 предпочли формат документа. Ответы отдельных государств (с соблюдением полной анонимности) в отношении одобрения основных и дополнительных индикаторов сведены в таблицы (см. Рисунки 1 и 2). Что касается 20 основных индикаторов, 520 возможных ответов всех государств-респондентов (20 ответов x 26 респондентов) распределились следующим образом: 91% – «одобряем», 7% – «решение не принято», 2% – «отклоняем». Аналогичным образом, 442 возможных ответа в отношении дополнительных индикаторов (17 ответов x 26 государств-респондентов) распределились так: 93% – «одобряем», 6% – «решение не принято», 2% – «отклоняем». В целом, такой результат свидетельствует о положительном отзыве на предложенные наборы основных и дополнительных индикаторов.

Таблица 2 в сжатом виде отражает результаты проведенного опроса в соответствии с целевыми ориентирами и набором индикаторов. Самый высокий процент одобрения основных и дополнительных индикаторов (97% и 98% соответственно) был отмечен в отношении целевого ориентира «К 2020 г. сократить преждевременную смертность среди населения Европы». Аналогичным образом, относительно высокий процент одобрения обоих наборов индикаторов отмечен и в отношении целевого ориентира «Всеобщий охват и право на здоровье». В то же время, более низкий процент одобрения основных и дополнительных индикаторов был зарегистрирован в отношении целевого ориентира «Повысить уровень благополучия населения Европы», но это, помимо прочего, связано и с высокой долей ответов из категории «решение не принято», что отражает очевидное отсутствие ясности в отношении того, какие именно индикаторы будут использоваться для мониторинга. Аналогичная ситуация (низкий процент одобрения индикаторов и ряд ответов из категории «решение не принято») наблюдалась и в отношении целевого ориентира «Национальные целевые ориентиры/цели, установленные государствами-членами», что может означать определенное непонимание самой сути индикаторов, призванных наиболее полно отразить усилия отдельных стран и их ориентацию на политику Здоровье-2020.

Ответные действия ВОЗ в отношении комментариев государств-членов в рамках консультации

Государства-члены также внесли вклад в консультацию, предоставив свои комментарии в отношении процедуры и самих индикаторов. Эти комментарии были проанализированы и сгруппированы с учетом различного рода потребностей и в соответствии с перечнем индикаторов. Ниже дается краткое изложение наиболее общих комментариев и описание ответных действий ВОЗ.

В отношении **разбивки данных** основных индикаторов, государства-члены рекомендовали использовать различные стратификаторы для выявления разрывов в показателях среди групп населения и потенциальных неравенств, включая неравенства по таким признакам, как возраст, пол, уровень социально-экономического развития, а также по географическому признаку (с разбивкой по городским/сельским поселениям или регионам). Рекомендации относились к «всеобъемлющим» или главным целевым ориентирам 1-4, прежде всего к индикаторам, относящимся к коэффициенту смертности, но также и к факторам риска и детерминантам. В этой связи, ВОЗ сделает все необходимое для учета таких рекомендаций, но успех будет зависеть и от данных, предоставляемых государствами-членами. Например, большинство государств-членов предоставляют данные о коэффициенте смертности с разбивкой по возрасту, полу и причинам смерти, и лишь немногие из них предоставляют данные в разбивке по субрегионам, что позволит провести предлагаемую оценку. Однако потенциал для разбивки данных по другим стратификаторам пока имеется лишь в немногих государствах Европейского региона, несмотря на встречающиеся в комментариях многочисленные заявления о важности индикаторов для оценки несправедливости и измерения социальных детерминант. Основным вывод, сделанный в ходе Интернет-консультации по Глобальному механизму мониторинга неинфекционных заболеваний (НИЗ), организованной Европейским региональным бюро ВОЗ и проходившей с 9 августа по 21 сентября 2012 г., состоял в том, что лишь четыре государства-члена считают, что они обладают необходимым мощным потенциалом для разбивки данных по НИЗ.⁵ К тому же, многие другие данные, которые было бы желательно иметь в разбивке, крайне редко могут быть получены из обычных источников. Для этого потребуются дополнительные усилия по сбору данных, что противоречит принципам, которые были изначально предложены ПКРК.

Предложения государств-членов в отношении **дополняющих индикаторов**, например, таких как 1.1a с данными о других важных причинах смерти (например, болезни органов пищеварения или психические расстройства), очень актуальны. Европейский регион ВОЗ обладает гораздо более мощным потенциалом для регистрации всех причин смерти в сравнении с прочими регионами мира. Тем не менее, 16% государств-членов Европейского региона по-прежнему заявляют, что они не обладают системой регистрации данных популяционного уровня, а значит, расширение индикатора в отношении других причин смерти приведет к еще менее полному сбору данных. С учетом этого предложенный индикатор должен быть связан с риском смерти от четырех основных НИЗ, ведущих к летальному исходу. Страны, получающие качественную информацию в отношении причин смерти из имеющихся в их распоряжении всеобъемлющих систем регистрации, возможно, захотят создать более подробные национальные целевые ориентиры в отношении конкретных причин НИЗ в соответствии с пунктом 63 Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике НИЗ и борьбе с ними^{6,7}.

Многие комментарии государств-членов относятся к **рекомендуемым возрастным границам** (от 30 лет до 69 лет включительно) в отношении преждевременной смертности, связанной с конкретными причинами. Обоснованием для выбора именно таких границ служит тот факт, что 30 лет является точкой жизненного цикла, начиная с которой риск смерти, обусловленной четырьмя выбранными НИЗ, постепенно возрастает в сравнении с очень низкими уровнями в более молодом возрасте. В Европейском регионе ВОЗ средний возраст ожидаемого ухода из жизни любого человека, достигшего 30 лет, превышает 70 лет. Для характеристики действительно преждевременной смертности в качестве верхней возрастной границы был выбран возраст

⁵ ВОЗ, 2012 г. Интернет- консультация по Глобальному механизму мониторинга неинфекционных заболеваний http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/172914/RC62-id06-Rus.pdf

⁶ ВОЗ, 2012 г. Последующие действия в связи с Политической декларацией Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике НИЗ и борьбе с ними http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf

⁷ ВОЗ, 2012 г. Информация о вопросах, которые обсуждались в ходе неофициальной консультации с государствами-членами и учреждениями ООН по всеобъемлющему глобальному механизму мониторинга и рекомендуемым глобальным целевым ориентирам для профилактики НИЗ и борьбы с ними http://www.who.int/nmh/events/2011/consultation_dec_2011/Information_on_questions_raised_31.01.12.pdf

<70 лет. Помимо прочего, для лиц более пожилого возраста гораздо менее точной является оценка коэффициентов смертности от конкретных причин.

Государства-члены также выразили озабоченность в связи с **достоверностью и сопоставимостью** индикаторов, например, таких как некоторые факторы риска. ВОЗ обеспечивает сопоставимость индикаторов для политики Здоровье-2020 и индикаторов Глобального механизма мониторинга (ГММ) НИЗ, которые были недавно приняты государствами-членами на шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ). Это проиллюстрировано ниже на примере употребления табака.

Есть два индикатора ГММ: стандартизированный по возрасту уровень распространения *употребления табака* среди лиц *в возрасте 18 лет и старше* и распространенность *употребления табака* среди подростков. В свою очередь, два изначально предложенные индикатора для политики Здоровье-2020 были такими: стандартизированный по возрасту уровень распространения *табакокурения* среди лиц *в возрасте 15 лет и старше* и распространенность *еженедельного табакокурения* среди детей школьного возраста. В преддверии сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения индикаторы ГММ широко обсуждались в процессе консультаций с государствами-членами Европейского региона ВОЗ. В результате, индикаторы ГММ были обновлены: термин «*табакокурение*» (использованный в целевых ориентирах политики Здоровье-2020) был заменен на «*употребление табака*». Употребление табака является колоссальной проблемой и продолжает увеличиваться во многих странах. Включение всех видов употребления табака в определение индикатора недвусмысленно подразумевает, что тот или иной вид употребления табака не следует обходить вниманием при проведении опросных исследований или игнорировать в политике борьбы против табака. Такая точка зрения также поддержана в комментариях государств в отношении индикаторов для политики Здоровье-2020 и будет соответствующим образом согласована.

Кроме того, комментарий государств-членов о необходимости гармонизации методик по обследованию употребления табака вполне обоснован и является приоритетом для ЕРБ ВОЗ. В отличие от обследований, проводимых среди подростков (о чем более подробно будет рассказано ниже), всеобъемлющая система эпиднадзора в отношении взрослого населения отсутствует. Семь стран (Греция, Казахстан, Польша, Российская Федерация, Румыния, Турция и Украина) приступили или приступают к проведению Глобального обследования масштабов употребления табака среди взрослого населения (GATS) в отношении лиц старше 15 лет. Данное обследование позволяет провести сравнение между странами этой группы и определить масштабы табакокурения и уровень распространения употребления табака. Поскольку GATS является ресурсоемким обследованием, относительно недавно был дан старт новой инициативе, в рамках которой была официально представлена публикация «Вопросы по табаку для обследований». Данная публикация состоит из сокращенной версии вопросов, взятых из GATS, которые рекомендуются странам или системам эпиднадзора для интегрирования в проводимые опросные исследования за счет на гармонизации инструментов исследований, что позволяет, до определенной степени, сопоставлять данные (методологии будут различаться). Для рассмотрения возможности практического применения этой инициативы ВОЗ может предоставить государствам-членам определенное финансирование. Помимо этого, ЕРБ ВОЗ обращается к национальным координаторам с просьбой о предоставлении обновленной информации по исследованиям и оценкам уровня распространения в рамках регулярно проводимого сбора данных для Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии. Данные корректируются при помощи регрессионной модели для обеспечения их лучшей сопоставимости по всем странам (более подробная информация об этом методе будет включена в технические записки для данного индикатора, которые будут предоставлены ВОЗ). Соответствующий представитель министерства здравоохранения должен подтвердить правильность и заверить свой подписью все данные, полученные и рассчитанные для корректировки/стандартизации.

В случае, когда речь идет о детях школьного возраста/подростках, основным источником данных для индикатора еженедельного *употребления* табака служит Глобальное обследование

употребления табака среди молодежи (GYTS), поскольку в его рамках определяется не только уровень табакокурения, но учитывается и потребление других табачных изделий. GYTS является обследованием одного фактора риска, ориентированным на 13-15-летних подростков. Как система эпиднадзора GYTS существует на протяжении многих лет, начиная с 1999 г. Два других источника (для индикатора табакокурения) – это Опросное исследование по поведению детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC) и Европейский проект: опрос школьников по проблемам алкоголя и наркотиков (ESPAD). HBSC является исследованием многих факторов риска, ориентированным на детей в возрасте 11, 13 и 15 лет. ESPAD является исследованием многих факторов риска, ориентированным на 16-летних подростков. Как системы эпиднадзора HBSC и ESPAD существуют на протяжении многих лет, начиная с 1985 г. и 1995 г. соответственно. Эти опросные исследования имеют общую методологию, позволяющую сравнить данные 50 из 53 государств Региона. Наконец, несколько стран приступают к проведению одновременно нескольких обследований, а 43% государств осуществляют все три обследования.

Государства-члены отметили, что требуется **дополнительное уточнение** в отношении компонентов некоторых индикаторов (например, такого как «внешние причины»), и что применение кодов МКБ поможет лучше понять, почему выбраны те или иные диапазоны значений. Некоторые государства обратились с просьбой уточнить формулировку индикаторов (например, такого, как «охват иммунизацией») и их интерпретацию (например, «расходов на здравоохранение» и «всеобщего охвата»). Трехзначные коды МКБ-10 будут добавлены к конкретным индикаторам для удобства ссылки на их содержание и компоненты. Так же, в случае, когда речь идет об иммунизации, для того, чтобы она считалась успешно завершенной, будет указываться конкретный возраст детей и количество доз в разбивке по типам вакцин. Что касается интерпретации расходов на здравоохранение и охвата, считается, что «оплата услуг из личных средств домашних хозяйств как доля общих расходов на здравоохранение» является хорошим замещающим показателем для оценки того, насколько хорошо покрываются издержки, и этот показатель широко доступен, в то время как предложение использовать «охват обязательным медицинским страхованием» является очень неплохим, но трудно осуществимым. К тому же, «общие расходы на здравоохранение» не обязательно означают лучший или худший охват, но этот показатель помогает понять ситуацию в отдельной стране, а кроме того, известно, что меньшие расходы имеют корреляционную связь с менее широким охватом. И наконец, в интересах содействия лучшему пониманию и применению различных индикаторов, предложенных в перечне основных и дополнительных индикаторов, ВОЗ занимается подготовкой комплекта технических записок, в которых содержится дополнительная информация в отношении обоснования, дается краткое описание (с использованием стандартного подхода) потенциальных источников информации и методов, применяемых для измерения индикатора, а также их интерпретация (см. пример в Приложении 1). Как ожидается, это приведет к дальнейшей гармонизации и обеспечению сопоставимости индикаторов.

Государства-члены предложили, чтобы соответствующие **индикаторы были стандартизированными по возрасту**, чтобы указывалось на использование «стандартного населения» и сведения о нем были доступными. Все данные в разбивке по возрасту и полу, переданные в ВОЗ в различных случаях (например, в результате сбора данных о смертности или при исследованиях факторов риска), позволят провести возрастную стандартизацию с использованием прямого метода стандартизации и «стандартного населения» Европы для расчетов.

Некоторые государства-члены усомнились в необходимости включения в перечень тех **индикаторов, которые находятся вне сферы здравоохранения**, в частности, социально-экономических индикаторов (например, коэффициента Джини, уровня безработицы и численности контингента учащихся в школе), а также индикаторов благополучия. Обоснованием для их включения служат следующие факторы: они являются хорошим показателем наличия неравенств среди групп населения; принимается во внимание общегосударственный подход к вопросам здравоохранения, закрепленный в политике Здоровье-2020; благополучие считается неотъемлемой частью толкования здоровья в интерпретации ВОЗ, а также детерминантой здоровья и результатом

охраны здоровья, и нуждается в дальнейшей оценке. ВОЗ сотрудничает с другими международными организациями и группой экспертов в целях более точного определения вида измерений, необходимых для субъективной и объективной оценки благополучия; и, как ожидается, результаты этой работы будут готовы к концу 2013 г. для их презентации и рассмотрения государствами-членами.

Государства-члены выразили некоторую озабоченность в связи с качественными **индикаторами для национальных целевых ориентиров** или целей, установленных государствами-членами, в отношении двух аспектов: 1) по-видимому, государствам предлагается устанавливать национальные целевые ориентиры в соответствии с политикой Здоровье-2020, 2) наличие весьма ограниченной сопоставимости. ВОЗ не предлагает государствам непременно следовать такому подходу, а сама идея данного индикатора скорее состоит в том, чтобы определить, насколько проводимые или планируемые национальные политики соответствуют тем политическим мерам, которые закреплены в политике Здоровье-2020.

Наконец, для того, чтобы учесть дополнительные предложения и запросы о разъяснениях по конкретным индикаторам, сделанные государствами-членами, ВОЗ подготовила **скорректированную версию первоначально предлагавшихся перечней индикаторов**, которая представлена в Таблице 3. Как ожидается, внесенные коррективы станут убедительным ответом на комментарии государств-членов, а технические записки послужат достижению лучшего взаимопонимания в отношении индикаторов.

Последующие шаги после проведения Региональной консультации

После того, как индикаторы и механизм мониторинга будут одобрены государствами-членами на шестьдесят третьей сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (РК-63), в тесной консультации с государствами-членами будет постоянно осуществляться оптимизация индикаторов, направленная на достижение их лучшей сопоставимости. После этого будет подготовлен основной отчет для представления его на шестьдесят четвертой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, а в дальнейшем работа будет осуществляться в соответствии с предлагаемым механизмом мониторинга, согласно документу EUR/RC63.8 (см. сноску 1). Кроме того, при подготовке к проведению анализа индикаторов необходимо принимать во внимание их взаимосвязи с индикаторами, не включенными в рассматриваемые наборы индикаторов, но являющимися составной частью других механизмов мониторинга (например, таких, как Цели тысячелетия в области развития, Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья, или Глобальный механизм мониторинга НИЗ). Например, для того, чтобы оценить потенциальное влияние хронических болезней органов дыхания на показатель преждевременной смертности (основной индикатор 1.1a), важно установить взаимосвязь между любыми изменениями этого показателя и загрязнением воздуха твердыми микрочастицами (диаметром менее 2,5 микрон), которые попадают в нижние дыхательные пути. Или можно рассмотреть другой пример: при анализе изменений коэффициента смертности от рака шейки матки нужно узнать, насколько доступным является проведение скрининга и каков охват населения вакцинацией против вируса папилломы человека.

Для дальнейшей гармонизации и обеспечения лучшей сопоставимости индикаторов, в рамках постоянно ведущейся работы в этом направлении, ВОЗ подготовит и предоставит технические записки по основным и дополнительным индикаторам, основанные на международных стандартах, и представит их на рассмотрение государствами-членами для внесения дополнительных разъяснений (см. Приложение 2, содержащее примеры черновых вариантов технических записок, которые предстоит рассмотреть и доработать после одобрения индикаторов). Технические записки в отношении некоторых индикаторов из сокращенной версии набора индикаторов (например, такого индикатора как «конкретные причины, стоящие за

внешними причинами смерти») не войдут в число вышеупомянутых записок, поскольку все их элементы, кроме кодов МКБ-10, будут одинаковыми. Еще только предстоит разработать технические записки в отношении целевых ориентиров благополучия и национальных целевых ориентиров/целей, установленных государствами-членами. Кроме того, индикаторы, имеющие своим источником материалы, отличные от материалов ВОЗ в области здравоохранения (например, данные по занятости, образованию и распределению доходов), будут определены на основании первоисточников и добавлены позже.

Как это отражено в соглашениях о двухгодичном сотрудничестве на 2014-2015 гг., в предстоящие годы ВОЗ продолжит совместную работу с государствами-членами, обеспечивая техническое руководство и предоставляя методики для повышения доступности и качества показателей здоровья, их лучшего анализа и совершенствования отчетности в рамках осуществления мониторинга как на национальном, так и на Региональном уровне. Для расширения доступа к материалам, все они будут размещены на специальных веб-сайтах ВОЗ.

Таблица 1. Изначально предложенные наборы основных и дополнительных индикаторов для мониторинга целевых ориентиров политики Здоровье-2020, рекомендуемые источники данных и их наличие в государствах-членах Европейского региона.

Целевой ориентир	Количественное определение	Основные индикаторы	Источник данных (число государств-членов, по которым в этом источнике имеются данные)	Дополнительные индикаторы	Источник данных (число государств-членов, по которым в этом источнике имеются данные)
“Всеобъемлющий” или главный целевой ориентир 1. К 2020 г. сократить преждевременную смертность среди населения Европы	1.1. Относительное ежегодное снижение на 1,5% общей (от четырех причин в совокупности) преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета и хронических болезней органов дыхания в период до 2020 г.	(1) 1.1а. Стандартизированный коэффициент общей преждевременной смертности (в возрасте с 30 до 69 лет включительно) для четырех основных неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет и хронические болезни органов дыхания с разбивкой по полу.	ЗДВ-MDB (42)	(1) 1.1а. Стандартизированный коэффициент смертности от всех причин, в разбивке по полу и причинам смерти	ЗДВ-MDB (42)

(2) 1.1b. Стандартизированный по возрасту уровень распространения табакокурения среди лиц в возрасте 15 лет и старше	Источник данных, используемый в рамках Глобального механизма мониторинга неинфекционных заболеваний (Глобальная обсерватория здравоохранения) (50)	(2) 1.1b. Распространенность еженедельного табакокурения среди детей школьного возраста	Опросное обследование HBSC (38)
(3) 1.1c. Общее (учтенное и неучтенное) потребление алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше (в литрах чистого спирта) в течение календарного года	Источник данных, используемый в рамках Глобального механизма мониторинга неинфекционных заболеваний (Глобальная обсерватория здравоохранения) (50)	(3) 1.1.c. Эпизоды пьянства среди подростков	ESPAD (34)
(4) 1.1d. Стандартизированная по возрасту распространенность избыточной массы тела и ожирения среди людей 18 лет и старше (определяется индексом массы тела: > 25 кг/м ² – избыточная масса тела, > 30 кг/м ² – ожирение)	Источник данных, используемый в рамках Глобального механизма мониторинга неинфекционных заболеваний (Глобальная обсерватория здравоохранения) (46)	(4) 1.1d. Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди детей школьного возраста	Опросное исследование HBSC (38)

1.2. Достигнута устойчивая элиминация отдельных болезней, предупреждаемых с помощью вакцин (полиомиелит, корь, краснуха) и профилактика синдрома врожденной краснухи	(5) 1.2а. Процент детей, вакцинированных против кори, полиомиелита и краснухи	ЗДВ (51)		
1.3. Сокращение смертности от внешних причин	(6) 1.3а. Стандартизированный коэффициент смертности от всех внешних причин и травм с разбивкой по полу	ЗДВ-MDB (42)	(5) 1.3а. Стандартизированный коэффициент смертности в результате дорожно-транспортных происшествий	ЗДВ-MDB (36)
			(6) 1.3б. Стандартизированный коэффициент смертности от случайных отравлений	ЗДВ-MDB (42)
			(7) 1.3с. Стандартизированный коэффициент смертности от отравлений алкоголем	ЗДВ-MDB (35)
			(8) 1.3д. Стандартизированный коэффициент смертности в результате самоубийств	ЗДВ-MDB (42)

				(9) 1.3e. Стандартизированный коэффициент смертности от случайных падений	ЗДВ-MDB (42)
				(10) 1.3f. Стандартизированный коэффициент смертности в результате убийств и других форм насилия	ЗДВ-MDB (41)
“Всеобъемлющий” или главный целевой ориентир 2. Повысить среднюю продолжительность жизни в Европе	2.1. Непрерывный рост средней продолжительности жизни с сохранением имеющихся на сегодня темпов (= годовой уровень роста в течение 2006–2010 гг.) в сочетании с сокращением наблюдаемых в Европейском регионе различий в средней продолжительности жизни	(7) 2.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	ЗДВ (42)	(11) 2.1a. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении и в возрасте 1, 15, 45 и 65 лет	ЗДВ (41)
				(12) 2.1b. Число лет здоровой жизни в возрасте 65 лет	Евростат (31: ЕС-27 + Исландия, Норвегия, Швейцария и Хорватия)

<p>“Всеобъемлющий” или главный целевой ориентир</p> <p>3. Сократить несправедливости в Европе (ориентир в сфере социальных детерминант)</p>	<p>3.1. Сокращение связанных с различными социальными детерминантами разрывов в показателях здоровья среди европейского населения</p>	(8) 3.1а. Младенческая смертность на 1000 живорожденных	ЗДВ (42)
		(7) 3.1б. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении с разбивкой по полу	ЗДВ (42)
		(9) 3.1с. Доля детей, достигших установленного младшего школьного возраста, не записанных в школу	ЮНЕСКО (46)
		(10) 3.1д. Уровень безработицы, в разбивке по возрасту	ILOSTAT и Евростат (MOT 38, SILC 30, всего 43)
		(11) 3.1е. Национальные и/или субнациональные меры политики и стратегии по проблемам неравенств в отношении здоровья разработаны и задокументированы	Прямая отчетность государств-членов для включения в Ежегодный отчет директора Европейского регионального бюро ВОЗ

		(12) 3.1f. Коэффициент Джини	Всемирный банк и Евростат (22 Всемирный банк, 26 SILC, всего 40)		
“Всеобъемлющий” или главный целевой ориентир 4. Повысить уровень благополучия населения Европы	Будет установлен в результате определения исходного уровня основных индикаторов благополучия с целью сокращения внутрирегиональных различий и выравнивания	(13) 4.1a. Удовлетворенность жизнью	Должен быть установлен – идет процесс обсуждений между ВОЗ и организациями, осуществляющими опросы	4.1a. Индикаторы субъективного благополучия: либо в различных сферах, либо по состоянию эвдемонии, либо по эмоциональной реакции – должны быть разработаны	Должен быть установлен
		4.1b. Индикаторы объективного благополучия в различных сферах; должны быть разработаны; возможно, они уже охвачены другими областями для целевых ориентиров политики Здоровье-2020	Должны иметься в легкодоступных источниках	4.1b. Индикаторы объективного благополучия в различных сферах – должны быть разработаны	Из легкодоступных источников
“Всеобъемлющий” или главный целевой ориентир 5. Всеобщий охват и “право на здоровье”	5.1. Продвижение к достижению всеобщего охвата (в соответствии с определением ВОЗ)* к 2020 г. * <i>Справедливый доступ</i>	(14) 5.1a. Оплата услуг из личных средств домашних хозяйств как доля общих расходов на здравоохранение	ЗДВ (53)	(13) 5.1a. Материнская смертность на 100 000 живорожденных	ЗДВ (49)
		(5) 5.1b. Процент детей, вакцинированных	ЗДВ (51)	(14) 5.1b. Процент пролеченных	Глобальный доклад ВОЗ о

	<i>к эффективным и необходимым услугам без финансового бремени.</i>	против кори, полиомиелита и краснухи		случаев среди завершивших лечение пациентов с туберкулезом	борьбе с ТБ (46)
		(15) 5.1с. Расходы на здравоохранение на душу населения (как процент от ВВП)	ЗДВ (53)	(15) 5.1с. Бюджетные расходы на здравоохранение (как процент от ВВП)	ЗДВ (53)
“Всеобъемлющий” или главный целевой ориентир 6. Национальные целевые ориентиры/цели, установленные государствами-членами.	6.1. Организация процессов для установления национальных целевых ориентиров (если уже не установлены)	(16) 6.1а. Организация процесса для установления целевых ориентиров документально оформлена	Прямая отчетность государств-членов для включения в Ежегодный отчет директора Европейского регионального бюро ВОЗ		
		(17) 6.1б. Данные, указывающие на: (а) принятие национальной политики Здоровье-2020, (б) наличие плана реализации, (с) наличие механизма подотчетности	Прямая отчетность государств-членов для включения в Ежегодный отчет директора Европейского регионального бюро ВОЗ		

Рисунок 1. Ответы, полученные от государств-членов в рамках региональной консультации, в отношении основных индикаторов для политики Здоровье-2020

CORE INDICATORS			Country 1	Country 2	Country 3	Country 4	Country 5	Country 6	Country 7	Country 8	Country 9	Country 10	Country 11	Country 12	Country 13	Country 14	Country 15	Country 16	Country 17	Country 18	Country 19	Country 20	Country 21	Country 22	Country 23	Country 24	Country 25	Country 26			
Area 1. Burden of disease and risk factors	Overarching target 1. Reduce premature mortality/risk factors by 2020	1.1.a	Standardized overall premature mortality rate (from 30 to under 70 years) for four major noncommunicable diseases (cardiovascular diseases, cancer, diabetes mellitus and chronic respiratory disease), disaggregated by age	Approve	Approve	Approve	Approve		Approve	Approve	Reject	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve		
		1.1.b	Age-standardised prevalence of current tobacco smoking among persons aged 15+ years.	Approve	Approve	Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	No Decision	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	
		1.1.c	Total (recorded and unrecorded) per capita alcohol consumption among persons aged 15+ years within a calendar year (litres of pure alcohol)	Approve	Approve	Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve
		1.1.d	Age-standardised prevalence of overweight and obesity in persons aged 18+ years (defined as a body mass index > 25 kg/m ² for overweight and > 30 kg/m ² for obesity)	Approve	Approve	Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve
		1.2.a	Percentage of children vaccinated against measles, polio and rubella	Approve	Approve	Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	No Decision	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve
		1.3.a	Standardized mortality rates from all external causes and injuries, disaggregated by sex	Approve	Approve	Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve
Area 2. Healthy people, well-being and determinants	Overarching target 2. Promote life expectancy in Europe	2.1.	Life expectancy at birth	Approve	Approve	Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve		
		3.1.a	Infant mortality per 1000 live births	Approve	Approve	Approve	Approve		Approve	To be completed	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	
	Overarching target 3. Reduce inequalities in Europe (social determinants target)	3.1.b	Life expectancy at birth, disaggregated by sex	Approve	Approve	Approve	Approve		Approve	To be completed	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	
		3.1.c	Proportion of children of official primary school age not enrolled	Approve	Approve	Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	No Decision	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	
		3.1.d	Unemployment rate, disaggregated by age	Approve	No decision	Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve
		3.1.e	National and/or subnational policy addressing health inequities established and documented	Approve	Approve	Approve	Approve		Approve	To be completed	Approve	No decision	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	No Decision	Approve	Approve	No Decision	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve
		3.1.f	GINI coefficient	Approve	No decision	No decision	Approve		Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	No Decision	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve
Overarching target 4. Enhance well-being of the European population	4.1.a	Life satisfaction	Approve	Approve	Approve	No decision		Approve	Approve		No decision	Approve	Approve	Approve	No Decision	Reject	Approve	Approve	Approve	No Decision	No Decision	No Decision		Approve	Approve	No Decision	Reject	Approve	Approve		
	4.1.b	Indicators of objective well-being in different domains, to be developed and potentially already covered by other areas of Health 2020 targets	Approve	No decision	Approve			Approve	Approve		No decision	Approve	Approve	Approve	No Decision	Reject	Approve	Approve	Approve	No Decision	No Decision	No Decision		Approve	Approve	No Decision	Reject	Approve	Approve		
Area 3. Processes, governance and health systems	Overarching target 5. Universal coverage and the "right to health"	5.1.a	Private household out-of-pocket expenditure as a proportion of total health expenditure	Approve	Approve	Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	No Decision	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve		
		5.1.b	Percentage of children vaccinated against measles, polio and rubella	Approve	Approve	Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	No Decision	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	
		5.1.c	Per capita expenditure on health (as a percentage of GDP)	Approve	Approve	No decision	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	No Decision	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve
	Overarching target 6. National targets (post-set by Member States)	6.1.a	Establishment of process for target-setting documented	Approve	Approve	Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	No decision	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	No Decision	Reject	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	
6.1.b		Evidence documenting: (a) establishment of national policies aligned with health 2020 policy, (b) implementation plan, (c) accountability mechanism	Approve	Approve	Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	No decision	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	No Decision	Reject	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	

Рисунок 2. Ответы, полученные от государств-членов в рамках региональной консультации, в отношении *дополнительных* индикаторов для политики Здоровье-2020

ADDITIONAL INDICATORS																														
Area	Target	Additional Indicator	Country 1	Country 2	Country 3	Country 4	Country 5	Country 6	Country 7	Country 8	Country 9	Country 10	Country 11	Country 12	Country 13	Country 14	Country 15	Country 16	Country 17	Country 18	Country 19	Country 20	Country 21	Country 22	Country 23	Country 24	Country 25	Country 26		
Area 1. Burden of disease and risk factors	Overarching target 1. Reduce premature mortality in Europe by 2020	1 1.1.a	Approve	Approve	Approve	Approve			Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	
		2 1.1.b	Approve	Approve	Approve	Approve				Approve	Approve		No Decision	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve
		3 1.1.c	Approve	Approve	Approve	Approve				Approve	Approve		No Decision	Approve	No Decision	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve
		4 1.1.d	Approve	Approve	Approve	Approve				Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve
		5 1.3.a	Approve	Approve		Approve				Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve
		6 1.3.b	Approve	Approve	Approve	Approve				Approve	Approve		Approve	Approve	Reject	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve
		7 1.3.c	No Decision		Approve	Approve				Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	No Decision	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve
		8 1.3.d	Approve	Approve	Approve	Approve				Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve
		9 1.3.e	Approve	Approve	Approve	Approve				Approve	Approve		Approve	Approve	reject	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve
		10 1.3.f	Approve	Approve	Approve	Approve				Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve
Area 2. Healthy people, well-being and determinants	Overarching target 2. Increase life expectancy in Europe	11 2.1.a	Approve	Approve	Approve	Approve			Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	
		12 2.1.b	Approve	Approve	Approve	No Decision	Reject		Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	No Decision	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	
	Overarching target 3. Enhance well-being of the European population	13 4.1.a		Approve	Approve				No Decision	Approve		Approve	Approve	Approve	No Decision	No Decision		Approve		No Decision	No Decision	No Decision	No Decision	No Decision		Approve	Reject			
		14 4.1.b		No Decision	Approve				No Decision	Approve		Approve	Approve	Approve	No Decision	No Decision		Approve		No Decision	No Decision	No Decision	No Decision			Approve	Reject			
Area 3. Processes, governance and health systems	Overarching target 5. Universal coverage and the "right to health"	15 5.1.a	approve	Approve	Approve	Approve			Approve	Approve		Approve	Approve	No Decision	Approve	Approve		Approve		Approve	Reject	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	
		16 5.1.b	no decision	Approve	Approve	Approve			Approve	Approve		Approve	Approve	Reject	Approve	Approve		Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	
		17 5.1.c	no decision	Approve	No Decision	Approve			Approve	Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve		Approve		Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	Approve	

Таблица 2. Сводные данные на основе ответов, полученных от государств-членов в рамках консультации в разбивке по конкретным целевым ориентирам и наборам индикаторов

«Всеобъемлющий» целевой ориентир	<i>Основные индикаторы</i>					<i>Дополнительные индикаторы</i>				
	Количество индикаторов	Всего ответов	Одобрено (%)	Решение не принято (%)	Отклонено (%)	Количество индикаторов	Всего ответов	Одобрено (%)	Решение не принято (%)	Отклонено (%)
1. К 2020 г. сократить преждевременную смертность среди населения Европы	6	156	151 (97)	2 (1)	3 (2)	10	260	255 (98)	5 (2)	0 (0)
2. Повысить среднюю продолжительность жизни в Европе	1	26	26 (100)	0 (0)	0 (0)	2	52	48 (92)	2 (4)	2 (4)
3. Сократить несправедливости в Европе	6	156	143 (92)	11 (7)	2 (1)	0				
4. Повысить уровень благополучия населения Европы	2	52	34 (65)	14 (27)	4 (8)	2	52	35 (67)	15 (29)	3 (4)
5. Всеобщий охват и “право на здоровье”	3	78	74 (95)	4 (5)	0 (0)	3	78	71 (91)	4 (5)	3 (4)
6. Национальные целевые ориентиры/цели, установленные государствами-членами	2	52	44 (85)	6 (12)	2 (4)	0				
Итого:	20	520	473 (91)	36 (7)	11 (2)	17	442	409 (93)	26 (6)	7 (2)

Таблица 3. Предлагаемые наборы основных и дополнительных индикаторов для мониторинга целевых ориентиров политики Здоровье 2020, скорректированные на основе комментариев, полученных от государств-членов в рамках Региональной консультации (предлагаемые изменения выделены жирным шрифтом)

Целевой ориентир	Количественное определение	Основные индикаторы	Источник данных (число государств-членов, по которым в этом источнике имеются данные)	Дополнительные индикаторы	Источник данных (число государств-членов, по которым в этом источнике имеются данные)
«Всеобъемлющий» или главный целевой ориентир 1. К 2020 г. сократить преждевременную смертность среди населения Европы	1.1. Относительное ежегодное снижение на 1,5% общей (от четырех причин в совокупности) преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета и хронических болезней органов дыхания в период до 2020 г.	(1) 1.1а. Стандартизированный по возрасту коэффициент общей преждевременной смертности (в возрасте с 30 до 69 лет включительно) для четырех основных неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания (коды МКБ-10 I00-I99), рак (коды МКБ-10 C00-C97), диабет (коды МКБ-10 E10-E14) и хронические болезни органов дыхания (коды МКБ-10 J40-47) с разбивкой по полу. Также были предложены болезни органов пищеварения (коды МКБ-10 K00-K93), отчетность по ним будет вестись отдельно	ЗДВ-MDB (42)	(1) 1.1а. Стандартизированный коэффициент смертности от всех причин, в разбивке по возрасту , полу и причинам смерти	ЗДВ-MDB (42)

(2) 1.1b. Стандартизированный по возрасту уровень распространения употребления табака (включает ежедневное, не ежедневное или периодическое курение) среди лиц в возрасте 18 лет и старше	Источник данных, используемый в рамках Глобального механизма мониторинга неинфекционных заболеваний (Глобальная обсерватория здравоохранения) (50)	(2) 1.1b. Распространенность еженедельного табакокурения среди подростков	Опросное обследование HBSC (38)
(3) 1.1c. Общее (учтенное и неучтенное) потребление алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше (в литрах чистого спирта) в течение календарного года, по возможности отдельно по неучтенному и учтенному потреблению	Источник данных, используемый в рамках Глобального механизма мониторинга неинфекционных заболеваний (Глобальная обсерватория здравоохранения) (50)	(3) 1.1.c. Эпизоды пьянства (единовременное потребление 60 г чистого спирта или примерно 6 стандартных доз алкогольных напитков по меньшей мере раз в неделю) среди подростков	ESPAD (34)
(4) 1.1d. Стандартизированная по возрасту распространенность избыточной массы тела и ожирения среди людей 18 лет и старше (определяется индексом массы тела: > 25 кг/м ² – избыточная масса тела, > 30 кг/м ² – ожирение), где возможно, в разбивке по возрасту и полу, отдельно для показателей, полученных в результате измерений и самооценки	Источник данных, используемый в рамках Глобального механизма мониторинга неинфекционных заболеваний (Глобальная обсерватория здравоохранения) (46)	(4) 1.1d. Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди подростков (значение ИМТ к возрасту выше соответственно показателя Z-score +1 и +2 относительно медианного значения из справочника ВОЗ о росте и развитии детей 2007 г.)	Опросное обследование HBSC (38)

1.2. Достигнута устойчивая элиминация отдельных болезней, предупреждаемых с помощью вакцин (полиомиелит, корь, краснуха) и профилактика синдрома врожденной краснухи	(5) 1.2а. Процент детей, вакцинированных против кори (1 доза к моменту достижения двухлетнего возраста), полиомиелита (3 дозы к моменту достижения возраста 1 года) и краснухи (1 доза к моменту достижения двухлетнего возраста)	ЗДВ (51)		
1.3. Сокращение смертности от внешних причин	(6) 1.3а. Стандартизированный коэффициент смертности от всех внешних причин и травм с разбивкой по полу (коды МКБ-10 V00-V99, W00-W99, X00-X99 и Y00-Y99)	ЗДВ-MDB (42)	(5) 1.3а. Стандартизированный коэффициент смертности в результате дорожно-транспортных происшествий (коды МКБ-10 V02-V04, V09, V12-V14, V19-V79, V82-V87, V89)	ЗДВ-MDB (36)
			(6) 1.3б. Стандартизированный коэффициент смертности от случайных отравлений (коды МКБ-10 X40-X49)	ЗДВ-MDB (42)
			(7) 1.3с. Стандартизированный коэффициент смертности от отравлений алкоголем (коды МКБ-10 X45)	ЗДВ-MDB (35)

				(8) 1.3d. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности в результате самоубийств (коды МКБ-10 X60-X84)	ЗДВ-MDB (42)
				(9) 1.3e. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от случайных падений (коды МКБ-10 W00- W19)	ЗДВ-MDB (42)
				(10) 1.3f. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности в результате убийств и других форм насилия (коды МКБ-10 X85- Y09)	ЗДВ-MDB (41)
«Всеобъемлющий» или главный целевой ориентир 2. Повысить среднюю продолжительность жизни в Европе	2.1. Непрерывный рост средней продолжительности жизни с сохранением имеющихся на сегодня темпов (= годовой уровень роста в течение 2006–2010 гг.) в сочетании с сокращением наблюдаемых в Европейском регионе различий в средней продолжи- тельности жизни	(7) 2.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в разбивке по полу	ЗДВ (42)	(11) 2.1а. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 1, 15, 45 и 65 лет в разбивке по полу	ЗДВ (41)

(12) 2.1b. Число лет здоровой жизни в возрасте 65 лет в **разбивке по полу**

Евростат (31: ЕС-27 + Исландия, Норвегия, Швейцария и Хорватия)

«Всеобъемлющий» или главный целевой ориентир
3. Сократить несправедливости в Европе (ориентир в сфере социальных детерминант)

3.1. Сокращение связанных с различными социальными детерминантами разрывов в показателях здоровья среди европейского населения

(8) 3.1a. Младенческая смертность на 1000 живорожденных в **разбивке по полу**

ЗДВ (42)

(7) 3.1b. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении с разбивкой по полу

ЗДВ (42)

(9) 3.1c. Доля детей, достигших установленного младшего школьного возраста, не записанных в школу в **разбивке по полу**

ЮНЕСКО (46)

(10) 3.1d. Уровень безработицы, в разбивке по возрасту и **полу**

ILOSTAT и Евростат (MOT 38, SILC 30, всего 43)

		(11) 3.1e. Национальные и/или субнациональные меры политики и стратегии по сокращению неравенств в отношении здоровья разработаны и задокументированы	Прямая отчетность государств-членов для включения в Ежегодный отчет директора Европейского регионального бюро ВОЗ		
		(12) 3.1f. Коэффициент Джини (распределение дохода)	Всемирный банк и Евростат (22 Всемирный банк, 26 SILC, всего 40)		
«Всеобъемлющий» или главный целевой ориентир 4. Повысить уровень благополучия населения Европы	Будет установлен в результате определения исходного уровня основных индикаторов благополучия с целью сокращения внутрирегиональных различий и выравнивания	(13) 4.1a. Удовлетворенность жизнью в разбивке по возрасту и полу	Должен быть установлен – идет процесс обсуждений между ВОЗ и организациями, осуществляющими опросы	4.1a. Индикаторы субъективного благополучия: либо в различных сферах, либо по состоянию эвдемонии, либо по эмоциональной реакции – должны быть разработаны	Будут определены
		4.1b. Индикаторы объективного благополучия в различных сферах; должны быть разработаны; возможно, они уже охвачены другими областями для целевых ориентиров политики Здоровье-2020	Должны иметься в легкодоступных источниках	4.1b. Индикаторы объективного благополучия в различных сферах – должны быть разработаны	Из легкодоступных источников

«Всеобъемлющий» или главный целевой ориентир 5. Всеобщий охват и “право на здоровье”	5.1. Продвижение к достижению всеобщего охвата (в соответствии с определением ВОЗ*) к 2020 г. <i>* Справедливый доступ к эффективным и необходимым услугам без финансового бремени.</i>	(14) 5.1а. Оплата услуг из личных средств домашних хозяйств как доля общих расходов на здравоохранение	ЗДВ (53)	(13) 5.1а. Материнская смертность на 100 000 живорожденных (коды МКБ-10 O00-O99)	ЗДВ (49)
		(5) 5.1b. Процент детей, вакцинированных против кори (1 доза к моменту достижения двухлетнего возраста), полиомиелита (3 дозы к моменту достижения возраста 1 года) и краснухи (1 доза к моменту достижения двухлетнего возраста)	ЗДВ (51)	(14) 5.1b. Процент успешно пролеченных случаев среди завершивших лечение пациентов с лабораторно-подтвержденным легочным туберкулезом	Глобальный доклад ВОЗ о борьбе с ТБ (46)
		(15) 5.1с. Общие расходы на здравоохранение (как процент от ВВП)	ЗДВ (53)	(15) 5.1с. Бюджетные (государственные) расходы на здравоохранение (как процент от ВВП)	ЗДВ (53)

«Всеобъемлющий»
или главный
целевой ориентир
6. Национальные
целевые
ориентиры/цели,
установленные
государствами-
членами

6.1. Организация
процессов для
установления
национальных
целевых ориентиров
(если уже не
установлены)

(16) 6.1a. Организация
процесса
для установления
целевых
ориентиров
документально
оформлена (**метод
документации
будет определяться
отдельно
каждым государством-
членом**)

(17) 6.1b. Данные,
указывающие
на: (a) принятие
национальных **мер
политики,
согласованных с
политикой Здоровье-
2020**, (b)
наличие плана
реализации, (c)
наличие механизма
подотчетности (**метод
документации будет
определяться
отдельно каждым
государством-членом**)

Прямая отчетность
государств-членов
для включения в
Ежегодный отчет
директора
Европейского
регионального
бюро ВОЗ

Прямая отчетность
государств-членов
для включения в
Ежегодный отчет
директора
Европейского
регионального
бюро ВОЗ

Приложение 1. Пример технических записок: Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

Элемент данных	Пример Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет)
Номер/название индикатора	(7) 2.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в разбивке по полу
Сокращенное название	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении
Вид данных	Статистический показатель
Тема	Повышение средней продолжительности жизни в Европе
Обоснование	Индикатор ожидаемой продолжительности жизни при рождении отражает уровень общей смертности населения. В нем обобщены закономерности, преобладающие во всех возрастных группах – детей, подростков, взрослых и пожилых людей.
Определение	Среднее число лет, которое предстояло бы прожить человеку из поколения родившихся в данном году при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения показатель уровня смертности в разбивке по возрастному и половому признаку останется таким же в любом конкретном году в конкретной стране, территории или географической области, как в момент рождения данного человека.
Сопряженные термины	Таблица вероятности дожития
Предпочтительные источники данных	Регистрация актов гражданского состояния с полным охватом населения
Другие возможные источники данных	Опросные исследования домашних хозяйств Перепись населения
Метод измерения	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении определяется при помощи таблиц вероятности дожития и основывается на показателях уровня смертности в разбивке по возрастному и половому признаку. Значения индикатора ожидаемой продолжительности жизни при рождении Организации Объединенных Наций соответствуют оценкам по состоянию на середину года и промежуточным вариантам соответствующих прогнозов в отношении рождаемости, которые делаются ООН каждые пять лет.
Метод оценки	<p>Методы оценки таблиц вероятности дожития, выпускаемых ВОЗ для государств-членов, различаются в зависимости от имеющихся в наличии данных для оценки детской и взрослой смертности. ВОЗ разработала типовую таблицу вероятности дожития, используя модифицированную логит-систему, основанную примерно на 1800 таблицах вероятности дожития, составленных с помощью данных регистрации актов гражданского состояния, которые были признаны качественными для составления таблиц вероятности дожития и их оценки с использованием ограниченного числа вводимых параметров.</p> <p>1) Если данные в отношении смертности, основанные на регистрации актов гражданского состояния, имеются в наличии, проводится оценка их качества; эти данные, если необходимо, корректируются с учетом полноты регистрации, и используются непосредственно для составления таблиц вероятности дожития.</p> <p>2) Если данные в отношении смертности, основанные на регистрации актов гражданского состояния за самый последний год, отсутствуют, то таблицы вероятности дожития составляются с использованием доступных данных за годы, начиная с 1985 г.</p> <p>3) Если отсутствуют данные, основанные на регистрации актов гражданского состояния, которые могли бы быть полезными,</p>

	используются самые последние аналитические материалы Отдела по народонаселению ООН в отношении таблиц вероятности дожития. Преобладающий вид статистических данных – прогнозируемые
Механизм мониторинга и оценки	Воздействие
Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	Число случаев смерти, оцененное на основании таблицы вероятности дожития, и народонаселение в разбивке по возрастным группам объединяются в сводные показатели по соответствующим регионам, чтобы рассчитать региональные таблицы вероятности дожития.
Разбивка по следующему признаку	Пол
Единица измерения	Число лет
Мультипликатор	Не применяется
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Зависят от наличия и качества данных

Приложение 2. Примеры черновых вариантов технических записок в отношении наборов основных и дополнительных индикаторов для целевых ориентиров политики Здоровье-2020

Основные индикаторы

Элемент данных	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности (на 100 000 человек)
Название индикатора	(1) 1.1а. Стандартизированный по возрасту коэффициент общей преждевременной смертности (в возрасте с 30 до 69 лет включительно) для четырех основных неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания (коды МКБ-10 I00-I99), рак (коды МКБ-10 C00-C97), диабет (коды МКБ-10 E10-E14) и хронические болезни органов дыхания (коды МКБ-10 J40-47) с разбивкой по полу. Также были предложены болезни органов пищеварения (коды МКБ-10 K00-K93), отчетность по ним будет вестись отдельно.
Сокращенное название	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности (на 100 000 человек)
Вид данных	Коэффициент
Тема	Состояние здоровья
Обоснование	Возрастная структура населения влияет на показатель «число случаев смерти на 100 000 человек». Две группы населения с одинаковыми коэффициентами смертности по возрастному признаку, в случае наступления смерти в результате определенной причины, будут иметь различные уровни общей смертности, если возрастные структуры этих групп населения различаются. Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности учитывают различия возрастных структур населения за счет применения коэффициентов смертности по возрастному признаку, наблюдаемых в каждой группе населения, в отношении «стандартного населения».
Определение	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности (SDR) – это средневзвешенное значение коэффициентов смертности по возрастному признаку на 100 000 человек, где весовые коэффициенты – это процентные доли людей в соответствующих возрастных группах «стандартного населения» ВОЗ. SDR – это стандартизированный по возрасту коэффициент смертности, рассчитанный с использованием прямого метода, т.е. он таков, каким мог бы быть общий коэффициент, если бы возрастная структура населения была такой же, как у «стандартного населения» Европы. Болезни системы кровообращения: коды МКБ10 I00-I99. Рак: код МКБ 10 C00-C97. Диабет: код МКБ 10 E10-E14. Хронические заболевания органов дыхания: код МКБ 10 J40-J47 Болезни органов пищеварения: код МКБ 10 K00-K93
Сопряженные термины	«Стандартное население» ВОЗ
Предпочтительные источники данных	Регистрация актов гражданского состояния с полным охватом населения и медицинское свидетельство, указывающее причину смерти
Другие возможные источники данных	Регистрация актов гражданского состояния с полным охватом населения Опросные исследования домашних хозяйств Перепись населения

	<p>Системы выборочной или дозорной регистрации</p> <p>Специальные исследования</p> <p>Системы эпиднадзора</p>
Метод измерения	Данные о случаях смерти в разбивке по причинам, возрасту и полу собираются с использованием национальных систем регистрации случаев смерти или систем выборочной регистрации.
Метод оценки	<p>Таблицы вероятности дожития, содержащие коэффициенты смертности от всех причин в разбивке по возрасту и полу, разрабатываются для государств-членов ВОЗ с использованием доступных данных регистрации случаев смерти, систем выборочной регистрации (Индия, Китай), а также данных о детской и взрослой смертности, полученных в ходе переписи населения и в результате опросных исследований.</p> <p>Оценка распределения причин смерти основана на данных регистрации случаев смерти, эпидемиологических исследований на популяционном уровне, реестров регистрации болезней, систем уведомления в отношении конкретных причин смерти. Причины смерти для групп населения, не имеющих пригодных для обработки данных регистрации смерти, оцениваются при помощи моделей причин смерти с одновременным использованием данных эпидемиологических исследований на популяционном уровне, реестров регистрации болезней и систем уведомления в отношении 21 конкретной причины смерти.</p>
Механизм мониторинга и оценки	Воздействие
Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	Агрегирование оценок случаев смерти в разбивке по причинам смерти, возрасту и полу в государствах-членах ВОЗ для оценки региональных и глобальных коэффициентов смертности в разбивке по возрасту, полу и причинам смерти.
Разбивка по следующему признаку	<p>Возраст</p> <p>Причина</p> <p>Пол</p>
Единица измерения	Число случаев смерти на 10000 человек
Мультипликатор	
Ожидаемая периодичность распространения данных	Каждые два-три года
Ожидаемая периодичность сбора данных	Постоянно
Ограничения	Зависят от наличия и качества данных

Элемент данных	Уровень распространения употребления табака среди взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (%)
Название индикатора	(2) 1.1b. Стандартизированный по возрасту уровень распространения употребления табака (включает ежедневное, не ежедневное или периодическое курение) среди лиц в возрасте 18 лет и старше
Сокращенное название	
Вид данных	Проценты
Тема	Факторы риска
Обоснование	<p>Уровень распространения употребления табака в настоящее время среди взрослого населения – это важный показатель бремени для здравоохранения и экономики от употребления табака, который служит основой для оценки эффективности программ по борьбе против табака в динамике по времени.</p> <p>Скорректированные и стандартизированные по возрасту уровни распространения определяются исключительно для сравнения оценок распространенности употребления табака во многих странах или в одной и той же стране в течение ряда периодов времени. Эти уровни не следует использовать для оценки численности курящих среди населения.</p>
Определение	<p>Оценки уровня распространения употребления в настоящее время любого табачного изделия, основанные на результатах самого последнего опросного исследования употребления табака взрослым населением (или исследования, в ходе которого задаются, среди прочих, и вопросы относительно употребления табака), которые скорректированы в соответствии с методом регрессионного анализа ВОЗ в целях стандартизации, описаны ниже (см. «Метод оценки»).</p> <p>"Употребление табака" включает сигареты, сигары, трубки и любые другие табачные изделия.</p> <p>"Курение в настоящее время" включает ежедневное, не ежедневное или периодическое курение.</p> <p>Данный индикатор измеряется при помощи стандартных вопросников в ходе обследований по вопросам здравоохранения, проводимых среди части населения (репрезентативная выборка) в возрасте 18 лет и старше. Во многих странах подобные опросные исследования по вопросам здравоохранения проводятся на более-менее регулярной основе. Однако, основная часть данных собирается подразделением ЕРБ ВОЗ «Табак или здоровье» из многочисленных источников.</p>
Сопряженные термины	
Предпочтительные источники данных	<p>Опросные исследования домашних хозяйств</p> <p>Глобальное обследование употребления табака среди взрослых (GATS) и публикация «Вопросы по табаку для обследований» (TQS) были инициированы ВОЗ совместно с Центрами по борьбе с болезнями и их профилактике (CDC) для согласования (гармонизации) методик проведения опросных исследований по табаку и обеспечения сопоставимости данных на глобальном и региональном уровне.</p>
Другие возможные источники данных	<p>Специальные тематические опросные исследования</p> <p>Системы эпиднадзора</p>
Метод измерения	

Метод оценки	<p>Помимо этого, в рамках регулярно проводимого сбора данных для Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, ЕРБ ВОЗ просит национальных координаторов представлять обновленную информацию о проводимых опросных исследованиях и оценки уровня распространения. Для государств, которые не участвуют в инициативе GATS и TQS, данные корректируются с использованием регрессионной модели для достижения хотя бы некоторой степени сопоставимости данных по всем странам. Соответствующий представитель министерства здравоохранения должен подтвердить правильность и заверить своей подписью все данные, полученные и рассчитанные для корректировки/стандартизации.</p> <p>ВОЗ разработала метод регрессионного анализа для того, чтобы была возможность проведения сравнения между странами. Если данные по какой-то стране частично отсутствуют или являются неполными, регрессионный анализ с использованием имеющихся данных по региону, в котором находится страна, позволяет получить оценочные данные в отношении этой страны. Регрессионные модели реализуются на 3 субрегиональном уровне ООН отдельно для мужского и женского населения, чтобы получить уровни распространения для данного региона в разбивке по возрастному признаку. Затем эти оценочные данные используются вместо недостающего индикатора для государства, входящего в субрегион. Обращаем внимание на то, что этот метод нельзя использовать в отношении стран по которым вообще нет данных: такие государства не включены ни в один анализ.</p> <p>Информация из неоднородных источников, которые появляются в ходе различных опросных исследований без использования стандартизированных инструментов исследования, затрудняет определение стандартизированных по возрасту национальных уровней распространения. Четыре основных вида различий между исследованиями и соответствующие используемые методы корректировки перечислены ниже.</p> <p>Различия по возрастным группам, охваченным обследованием: Чтобы определить уровни распространения употребления табака для стандартных возрастных диапазонов (для возраста с 15 до 80 лет – в разбивке на группы по пять лет, а затем для возраста с 80 до 100 лет) связь между возрастом и ежедневным употреблением табака изучается отдельно для мужского и женского населения каждой страны с использованием диаграмм разброса. Для этого, берутся данные последнего репрезентативного опросного исследования на национальном уровне; в некоторых случаях используется более одного исследования, если уровни распространения среди мужского и женского населения определены на основе различных опросов, или если дополнительное обследование пополняет сведения в отношении предельных возрастных интервалов. Чтобы определить уровни распространения в разбивке по возрасту для пятилетних возрастных интервалов, строится график зависимости регрессионных моделей (использующих оценки распространенности употребления табака из возрастной функции первого, второго и третьего порядка) от диаграммы разброса, и выбирается наиболее сглаженная кривая. Для остальных индикаторов используется сочетание методов: регрессионные модели реализуются на субрегиональном уровне для определения уровня курения сигарет в настоящее время и ежедневного курения, а отношение эквивалентности используется между уровнями распространения курения и курением сигарет там, где преобладает курение сигарет – чтобы получить уровни</p>
--------------	---

	<p>распространения в разбивке по возрасту в отношении курения сигарет в настоящее время и ежедневного курения сигарет для стандартных возрастных интервалов.</p> <p>Различия обследований по географическому охвату внутри одной страны:</p> <p>Данные корректируются с учетом соотношения в плане распространенности между городскими и сельскими поселениями в странах, находящихся в соответствующем субрегионе. Результаты этого регрессионного анализа городских и сельских поселений применяются в отношении стран, чтобы получить более масштабные данные о распространенности на национальном уровне. Например, если в стране имеются данные об уровне распространения ежедневного употребления табака только в отношении городских поселений, результаты регрессионного анализа соотношения употребления табака в сельских и городских поселениях используются для расчета уровней распространения ежедневного курения в сельских поселениях, которые затем комбинируются с уровнями распространения в городских поселениях с использованием в качестве весовых коэффициентов соотношения городского и сельского населения, для получения оценочных данных о распространенности в масштабах всей страны, а также для определения уровней распространения в разбивке по возрасту на национальном уровне.</p> <p>Различия по годам проведения обследований:</p> <p>Для Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии (2009 г.), были получены оценочные данные за 2006 г. Источником данных о распространенности курения послужили опросные исследования, проводившиеся в различные годы в разных странах. В некоторых случаях самые последние данные о распространенности курения имелись лишь в исследованиях, проведенных до 2006 г., а иногда обследование проводилось уже после 2006 г. Для получения оценочных данных о распространенности курения в 2006 г. использовалась информация в отношении тенденций для того, чтобы составить прогнозы либо на будущие годы (в случае тех стран, у которых были данные лишь до 2006 г.), либо чтобы «вернуться назад» (если у стран были данные лишь за период после 2006 г.). Это достигается за счет обобщения информации в отношении тенденций из всех проводившихся обследований по каждой стране. Для стран, не обладающих историческими данными, использована информация в отношении тенденций по соответствующему субрегиону, в который входят эти страны.</p> <p>Показатель распространения курения, стандартизированный по возрасту:</p> <p>В целом, употребление табака сильно варьируется в зависимости от пола и возраста курящих. Если общий коэффициент распространения употребления табака в стране достаточно легко определить на определенный момент времени, то проведение сравнения общих коэффициентов между двумя или более странами на определенный момент времени, или сравнения общих коэффициентов одной страны, но на разные моменты времени, может ввести нас в заблуждение, если две группы населения, которые сравниваются, имеют сильно отличающиеся возрастные структуры или большие различия в употреблении табака мужчинами и женщинами. Для того, чтобы преодолеть эту проблему, широко применяется метод стандартизации по возрасту. Он позволяет проводить значимое сравнение уровней распространения в различных странах. Данный метод основан на применении</p>
--	--

	<p>показателей распространения в разбивке по возрасту и полу в каждой группе населения в отношении «стандартного населения». Для этого используется «стандартное население» ВОЗ – условно выделяемое население с искусственной возрастной структурой, которая в значительной степени соответствует возрастной структуре стран с низким и средним уровнем дохода. Полученный в результате показатель распространения, стандартизированный по возрасту, выражаемый также в виде процента от общего населения, характеризует число курильщиков на 100 человек «стандартного населения» ВОЗ. В итоге, показатель, полученный таким образом, представляет всего лишь гипотетическую величину, не наполненную конкретным значением. Он оказывается полезным лишь для сравнения уровней распространения в одной стране с уровнями распространения в другой стране, или уровней одной и той же страны, но на разные моменты времени.</p> <p>Для того чтобы получить общий показатель распространения курения в стране, стандартизированные по возрасту показатели распространения курения среди мужчин и женщин должны быть объединены для определения суммарной распространенности. Поскольку «стандартное население» ВОЗ лишено половых различий, стандартизированные по возрасту показатели для мужчин и женщин объединяют с помощью весовых коэффициентов в отношении мужского и женского населения на глобальном уровне (с использованием демографических данных ООН за 2006 г.). Например, если стандартизированный по возрасту уровень распространения табакокурения среди взрослого населения равен 60% для мужчин и 30% для женщин, суммарный показатель распространения табакокурения среди всего взрослого населения рассчитывается так: $60 \times (0,51) + 30 \times (0,49) = 45\%$, где цифры в скобках – это весовые коэффициенты мужского и женского населения. Таким образом, в суммарном показателе распространения (45%) на мужчин приходится 66.7% [= $(30 \div 45) \times 100$], а на женщин 33.3% [= $(15 \div 45) \times 100$].</p> <p>Преобладающий вид статистических данных: скорректированные</p>
--	---

Механизм мониторинга и оценки	Итоговый результат
Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	Региональные и глобальные сводные показатели основаны на средневзвешенных значениях (взвешенных по общей численности населения в возрасте 18 лет и старше). Такие сводные показатели представляются только в том случае, если имеющиеся данные охватывают, по меньшей мере, 50% общей численности регионального или глобального населения в возрасте 18 лет и старше.
Разбивка по следующему признаку	Пол
Единица измерения	Отсутствует
Мультипликатор	
Ожидаемая периодичность распространения данных	Постоянно
Ожидаемая периодичность сбора данных	
Ограничения	

Элемент данных	Учетное потребление чистого спирта на одного взрослого (15 лет и старше) человека
Название индикатора	(3) 1.1с. Общее (учтенное и неучтенное) потребление алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше (в литрах чистого спирта) в течение календарного года, по возможности отдельно по неучтенному и учетному потреблению
Сокращенное название	Учетное APC (потребление алкоголя на одного взрослого человека)
Вид данных	Коэффициент
Тема	Факторы риска
Обоснование	Учетное APC входит в набор основных индикаторов, используемых для мониторинга масштабов, структуры и тенденций потребления алкоголя взрослым населением. Это согласованный индикатор в рамках Глобального механизма мониторинга НИЗ.
Определение	Общее (учтенное и неучтенное) потребление алкоголя на одного взрослого (15 лет и старше) человека (в литрах чистого спирта) в течение календарного года. «Учетное» потребление алкоголя основано на данных официальной статистики (о производстве, импорте, экспорте, продажах и налогообложении), а «неучтенное» потребление алкоголя охватывает тот алкоголь, который не охвачен налогообложением и находится вне системы государственного контроля. Если число туристов за год по меньшей мере равно числу жителей, принимается во внимание потребление алкоголя туристами, которое вычитается из учетного потребления на одного взрослого человека в данной стране. В числителе – количество учетного потребления алкоголя на одного взрослого (15 лет и старше) человека (в литрах чистого спирта) в течение календарного года. В знаменателе – число жителей в возрасте 15 лет и старше на середину этого же года, согласно UN World Population Prospects (используется промежуточный вариант прогноза).
Сопряженные термины	Чистый спирт: 100% этиловый спирт
Предпочтительные источники данных	Система административной отчетности
Другие возможные источники данных	Отсутствуют
Метод измерения	Учетное потребление чистого спирта на одного взрослого человека рассчитывается как сумма потребления чистого спирта с учетом всех типов напитков (пиво, вино, крепкие спиртные напитки и другие напитки), а данные для расчета взяты из различных источников. Приоритетными, с точки зрения порядка принятия решений, являются данные официальной государственной статистики; далее идут статистические данные о производстве алкогольной продукции в госсекторе конкретных стран (например, данные по Канаде, данные исследовательского агентства IWSR-International Wine and Spirit Research, международной организации OIV-International Organisation of Vine and Wine, Института вин (Wine Institute), справочника World Drink Trends); и, наконец, статистическая база данных Продовольственной и сельскохозяйственной организации Объединенных Наций (FAOSTAT). В странах, где в качестве источника данных используется FAOSTAT, неучтенное потребление может включаться в учетное потребление. Что касается добавления такой категории, как «другие напитки», следует отметить, что «пиво» включает солодовое пиво, «вино» – вина, изготовленные из винограда, «крепкие спиртные напитки» – все напитки, полученные перегонкой, а «другие напитки» включают один или несколько алкогольных напитков, таких как напитки, полученные в результате брожения из сорго, кукурузы, проса, риса, а также яблочный

	сидр, фруктовые вина, крепленые вина и т.д. Кроме того, в некоторых странах в начале 2000-х гг. источники данных претерпели изменения. Данный индикатор постоянно обновляется по мере поступления новых данных.
Метод оценки	Для того чтобы произвести пересчет на литры чистого спирта, считается, что содержание алкоголя (% алкоголя в объеме) в напитках должно быть таким: для пива (ячменное пиво) – 5%; для вина – 12% (виноградное вино), 9% (вино на основе виноградного сусла) и 16% (вермут); для крепких спиртных напитков – 40% (спиртные напитки, полученные перегонкой) и 30% (напитки, аналогичные крепким спиртным); для «других» – 5% (пиво из сорго, проса, кукурузы; яблочный сидр); 17% и 18% (крепленые вина); 9% (напитки, полученные в результате брожения пшеницы или риса, а также другие аналогично полученные напитки). Поскольку в различных источниках данных могут быть использованы различные коэффициенты пересчета для определения содержания чистого алкоголя, в некоторых случаях учтенное АРС для конкретных напитков в сумме может не равняться доступному показателю общего объема потребления.
Механизм мониторинга и оценки	Глобальный механизм мониторинга НИЗ
Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	Почти во всех странах имеются данные в отношении потребления на одного взрослого человека. Для получения региональных и глобальных оценочных данных используются страновые данные, средневзвешенные по населению.
Разбивка по следующему признаку	Тип алкогольного напитка По типу алкогольного напитка (пиво, вино, крепкие спиртные напитки и другие алкогольные напитки)
Единица измерения	Литры чистого спирта на одного человека в год Литры чистого спирта на одного взрослого (15 лет и старше) человека в год
Мультипликатор	Не применяется
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Невозможно учесть такие факторы, как накапливание запасов, потери или проливание напитков, а также приграничную торговлю (учитываемую различными территориальными ведомствами), бесшплинные напитки, суррогатный алкоголь, различия в крепости напитков. Все это может влиять на точность учитываемого потребления как индикатора потребленного алкоголя. Кроме того, данные административной отчетности не позволяют сделать разбивку учтенного потребления алкоголя взрослым населением по полу. Для этого необходимы иные источники данных, например опросные исследования.

Элемент данных	Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди людей 18 лет и старше, $ИМТ \geq 25 \text{ кг/м}^2$ – избыточная масса тела, и $\geq 30 \text{ кг/м}^2$ – ожирение
Название индикатора	(4) 1.1d. Стандартизированная по возрасту распространенность избыточной массы тела и ожирения среди людей 18 лет и старше (определяется индексом массы тела: $> 25 \text{ кг/м}^2$ – избыточная масса тела, $> 30 \text{ кг/м}^2$ – ожирение), где возможно, в разбивке по возрасту и полу, отдельно для показателей, полученных в результате измерений и самооценки
Сокращенное название	Избыточная масса тела и ожирение (OverW&Obesity)
Вид данных	Статистические данные
Тема	Факторы риска
Обоснование	Избыточная масса тела вызывает предрасположенность к различным НИЗ, таким как сердечно-сосудистые заболевания, диабет и некоторые виды рака. Ожирение является растущей проблемой общественного здравоохранения во всем Европейском регионе ВОЗ, где более 50% взрослого населения государств-членов имеют избыточную массу тела (включая ожирение). Существуют эффективные меры вмешательства для профилактики и успешной борьбы с избыточной массой тела и ожирением. Многие риски снижаются, если снижается масса тела.
Определение	Доля установленного населения в возрасте 18 лет и старше с избыточной массой тела или ожирением (определяется индексом массы тела: $\geq 25 \text{ кг/м}^2$ – избыточная масса тела, $\geq 30 \text{ кг/м}^2$ – ожирение).
Сопряженные термины	Избыточная масса тела
Предпочтительные источники данных	Опросные исследования на популяционном уровне и существующие механизмы эпиднадзора; репрезентативные исследования на национальном уровне с получением данных в результате измерения веса и роста
Другие возможные источники данных	Опросные исследования на популяционном уровне и существующие механизмы эпиднадзора; репрезентативные исследования на национальном уровне с получением данных в отношении веса и роста в результате самооценки
Метод измерения	Основан на результатах измерений или самооценки веса и роста
Метод оценки	Распространенность избыточной массы тела определяется как доля взрослого населения в возрасте 18 лет и старше с ИМТ, равным или превышающим $25,0 \text{ кг/м}^2$. Распространенность рассчитывается при помощи следующего отношения: численность лиц с ИМТ, равным или превышающим $25,0 \text{ кг/м}^2$ / общее число лиц, вес и рост которых измеряли) * 100. Распространенность ожирения определяется как доля взрослого населения в возрасте 18 лет и старше с ИМТ, равным или превышающим $30,0 \text{ кг/м}^2$. Распространенность рассчитывается при помощи следующего отношения: численность лиц с ИМТ, равным или превышающим $30,0 \text{ кг/м}^2$ / общее число лиц, вес и рост которых измеряли) * 100.
Механизм мониторинга и оценки	Итоговый результат
Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	
Разбивка по следующему признаку	Пол

Единица измерения	
Мультипликатор	
Ожидаемая периодичность распространения данных	Постоянно, с использованием Европейской базы данных ВОЗ по вопросам питания, ожирения и физической активности: как только обнародованы результаты нового исследования, информация вносится в базу данных.
Ожидаемая периодичность сбора данных	Различная в разных странах
Ограничения	Использование репрезентативных оценок распространенности на национальном уровне ограничивает возможность проведения сравнения между различными странами, поскольку они применяют различные методики сбора данных (в одних странах это измерение веса и роста, в других – результаты самооценки), структуры выборки, используют разные возрастные диапазоны для опросных исследований и проводят их в разные годы.

Элемент данных	-% детей, вакцинированных против кори -% младенцев, вакцинированных против полиомиелита -% младенцев, вакцинированных против краснухи
Название индикатора	(5) 1.2а. Процент детей, вакцинированных против кори (1 доза к моменту достижения двухлетнего возраста), полиомиелита (3 дозы к моменту достижения возраста 1 года) и краснухи (1 доза к моменту достижения двухлетнего возраста)
Сокращенное название	
Вид данных	Статистические данные
Тема	Достижение устойчивой элиминации отдельных болезней, предупреждаемых с помощью вакцин; Охват медико-санитарными услугами
Обоснование	
Определение	<u>Процент детей, вакцинированных против кори</u> – доля детей, достигших двухлетнего возраста, которые были полностью вакцинированы против кори (1 доза). Данные ежегодно предоставляются в подразделение ЕРБ ВОЗ по инфекционным заболеваниям и могут быть получены там же. <u>Процент младенцев, вакцинированных против полиомиелита</u> - доля младенцев, достигших возраста одного года в конкретном календарном году, которые были полностью вакцинированы против полиомиелита (3 дозы). Данные ежегодно предоставляются в подразделение ЕРБ ВОЗ по инфекционным заболеваниям и могут быть получены там же. <u>Процент младенцев, вакцинированных против краснухи</u> - доля детей, достигших двухлетнего возраста в конкретном календарном году, которые были полностью вакцинированы против краснухи. Данные ежегодно предоставляются в подразделение ЕРБ ВОЗ по инфекционным заболеваниям и могут быть получены там же.
Сопряженные термины	
Предпочтительные источники данных	
Другие возможные источники данных	
Метод измерения	

Метод оценки	
Механизм мониторинга и оценки	
Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	
Разбивка по следующему признаку	По типу вакцин
Единица измерения	
Мультипликатор	
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	
Ограничения	

Элемент данных	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от внешних причин, травм и отравлений, для всех возрастов, на 100 000 человек
Название индикатора	(6) 1.3а. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от всех внешних причин и травм с разбивкой по полу (коды МКБ-10 V00-V99, W00-W99, X00-X99 и Y00-Y99)
Сокращенное название	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности (на 100 000 человек)
Вид данных	Коэффициент
Тема	Состояние здоровья
Обоснование	Возрастная структура населения влияет на показатель «число случаев смерти на 100 000 человек». Две группы населения с одинаковыми коэффициентами смертности по возрастному признаку, в случае наступления смерти в результате определенной причины, будут иметь различные коэффициенты общей смертности, если возрастные структуры этих групп населения различаются. Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности учитывают различия возрастных структур населения за счет применения коэффициентов смертности по возрастному признаку, наблюдаемых в каждой группе населения, в отношении «стандартного населения».
Определение	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности (SDR) – это средневзвешенное значение коэффициентов смертности по возрастному признаку на 100 000 человек, где в качестве весовых коэффициентов использованы процентные доли людей в соответствующих возрастных группах «стандартного населения» ВОЗ. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности рассчитывается с использованием прямого метода, т.е. он таков, каким мог бы быть общий коэффициент, если бы возрастная структура населения была такой же, как у «стандартного населения» Европы. Коды МКБ-10 V00-V99, W00-W99, X00-X99 и Y00-Y99.
Сопряженные термины	«Стандартное» население ВОЗ
Предпочтительны	Регистрация актов гражданского состояния с полным охватом населения и

е источники данных	медицинское свидетельство, указывающее причину смерти
Другие возможные источники данных	Регистрация актов гражданского состояния с полным охватом населения Опросные исследования домашних хозяйств Перепись населения Системы выборочной или дозорной регистрации Специальные исследования Системы эпиднадзора
Метод измерения	Данные о случаях смерти в разбивке по причинам, возрасту и полу собираются с использованием национальных систем регистрации случаев смерти или систем выборочной регистрации.
Метод оценки	Таблицы вероятности дожития, содержащие коэффициенты смертности от всех причин в разбивке по возрасту и полу, разрабатываются для государств-членов ВОЗ с использованием доступных данных регистрации случаев смерти, систем выборочной регистрации (Индия, Китай), а также данных о детской и взрослой смертности, полученных в ходе переписи населения и в результате опросных исследований. Оценка распределения причин смерти основана на данных регистрации случаев смерти, эпидемиологических исследований на популяционном уровне, реестров регистрации болезней, систем уведомления в отношении конкретных причин смерти. Причины смерти для групп населения, не имеющих пригодных для обработки данных регистрации смерти, оцениваются при помощи моделей причин смерти с одновременным использованием данных эпидемиологических исследований на популяционном уровне, реестров регистрации болезней и систем уведомления в отношении 21 конкретной причины смерти.
Механизм мониторинга и оценки	Воздействие
Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	Агрегирование оценок случаев смерти в разбивке по причинам смерти, возрасту и полу в государствах-членах ВОЗ для оценки региональных и глобальных коэффициентов смертности в разбивке по возрасту, полу и причинам смерти.
Разбивка по следующему признаку	Возраст Причина Пол
Единица измерения	Число случаев смерти на 100 000 человек
Мультипликатор	
Ожидаемая периодичность распространения данных	Каждые два-три года
Ожидаемая периодичность сбора данных	Постоянно
Ограничения	

Элемент данных	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет)
Номер/название индикатора	(7) 2.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в разбивке по полу
Сокращенное название	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении
Вид данных	Статистические данные
Тема	Повышение средней продолжительности жизни в Европе
Обоснование	Индикатор ожидаемой продолжительности жизни при рождении отражает уровень общей смертности населения. В нем обобщены закономерности, преобладающие во всех возрастных группах – детей, подростков, взрослых и пожилых людей.
Определение	Среднее число лет, которое предстояло бы прожить человеку из поколения родившихся в данном году при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения показатель уровня смертности в разбивке по возрастному и половому признаку останется таким же в любом конкретном году в конкретной стране, территории или географической области, как в момент рождения данного человека.
Сопряженные термины	Таблица вероятности дожития
Предпочтительные источники данных	Регистрация актов гражданского состояния с полным охватом населения
Другие возможные источники данных	Опросные исследования домашних хозяйств Перепись населения
Метод измерения	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении определяется при помощи таблиц вероятности дожития и основывается на показателях уровня смертности в разбивке по возрастному и половому признаку. Значения индикатора ожидаемой продолжительности жизни при рождении Организации Объединенных Наций соответствуют оценкам по состоянию на середину года и промежуточным вариантам соответствующих прогнозов в отношении рождаемости, которые делаются ООН каждые пять лет.
Метод оценки	<p>Методы оценки таблиц вероятности дожития, выпускаемых ВОЗ для государств-членов, различаются в зависимости от имеющихся в наличии данных для оценки детской и взрослой смертности. ВОЗ разработала типовую таблицу вероятности дожития, используя модифицированную логит-систему, основанную примерно на 1800 таблицах вероятности дожития, составленных с помощью данных регистрации актов гражданского состояния, которые были признаны качественными для составления таблиц вероятности дожития и их оценки с использованием ограниченного числа вводимых параметров.</p> <p>1) Если данные в отношении смертности, основанные на регистрации актов гражданского состояния, имеются в наличии, проводится оценка их качества; эти данные, если необходимо, корректируются с учетом полноты регистрации, и используются непосредственно для составления таблиц вероятности дожития.</p> <p>2) Если данные в отношении смертности, основанные на регистрации актов гражданского состояния за самый последний год, отсутствуют, то таблицы вероятности дожития составляются с использованием доступных данных за годы, начиная с 1985 г.</p> <p>3) Если отсутствуют данные, основанные на регистрации актов гражданского состояния, которые могли бы быть полезными, используются самые последние аналитические материалы Отдела по народонаселению ООН в отношении таблиц вероятности дожития.</p> <p>Преобладающий вид статистических данных – прогнозируемые</p>
Механизм мониторинга и оценки	Воздействие

Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	Число случаев смерти, оцененное на основании таблицы вероятности дожития, и народонаселение в разбивке по возрастным группам объединяются в сводные показатели по соответствующим регионам, чтобы рассчитать региональные таблицы вероятности дожития.
Разбивка по следующему признаку	Пол
Единица измерения	годы
Мультипликатор	Не применяется
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Зависит от наличия и качества данных

Элемент данных	Уровень младенческой смертности (показатель вероятности смерти ребенка между родами и до одного года на 1000 живорожденных)
Номер/название индикатора	(8) 3.1a. Младенческая смертность на 1000 живорожденных в разбивке по полу
Сокращенное название	Младенческая смертность (IMR)
Вид данных	Коэффициент
Тема	Состояние здоровья
Обоснование	Младенческая смертность является важным компонентом для оценки смертности детей в возрасте до пяти лет. Как и показатель смертности детей в возрасте до пяти лет, уровень младенческой смертности используется для оценки выживания детей. Он также отражает социальные, экономические и экологические условия жизни детей (и других групп населения) и, в том числе, характеризует предоставляемые им медико-санитарные услуги. Поскольку нередко отсутствуют данные о заболеваемости и распространенности болезней (данные о заболеваемости), для выявления уязвимых групп населения часто используются коэффициенты смертности. Уровень младенческой смертности является одним из индикаторов для ЦТР.
Определение	Уровень младенческой смертности – это показатель вероятности смерти ребенка, родившегося в конкретном году или в конкретный период времени, до достижения им возраста одного года, если принимать во внимание коэффициенты смертности по возрастному признаку в тот же самый период. Строго говоря, уровень младенческой смертности не является коэффициентом (т.е. коэффициентом, рассчитанным как отношение числа случаев смерти к численности населения из группы риска в определенный период времени). Он отражает вероятность смерти, основанную на таблице вероятности дожития и выраженную в виде процента (на 1000 живорожденных).
Сопряженные термины	Живорожденный
Предпочтительные источники данных	Регистрация актов гражданского состояния с полным охватом населения

Другие возможные источники данных	
Метод измерения	<p>Наиболее часто используемые методы измерения с использованием ранее упоминавшихся источников данных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Регистрация актов гражданского состояния: число случаев смерти в возрасте 0 лет и численность населения этого же возраста используются для расчета коэффициента смертности, а затем определяется вероятность смерти в разбивке по возрасту. • Перепись населения и опросные исследования: используется косвенный метод, основанный на вопросах, задаваемых каждой женщине в репродуктивном возрасте относительно того, сколько всего детей она родила и сколько из них еще живы. Затем, для получения оценок младенческой смертности используется «метод Брасса» (W.Brass), и типовые таблицы вероятности дожития. • Опросные исследования: используется прямой метод, основанный на истории деторождения – задается ряд подробных вопросов в отношении каждого ребенка, которого родила женщина на протяжении всей ее жизни. Для уменьшения ошибок выборки, оценки обычно представляются в виде коэффициентов за определенные периоды, охватывающие пять или 10 лет до начала проведения исследования.
Метод оценки	<p>ВОЗ определяет динамику IMR, используя стандартную методологию в разбивке по группам стран в зависимости от вида и качества источника имеющихся данных.</p> <p>Если в стране налажено надлежащее поступление данных регистрации актов гражданского состояния, возрастное распределение смертности (между младенческим возрастом и возрастом до пяти лет) основанное на самых последних данных, используется в качестве стандарта для модифицированной логит-таблицы вероятности дожития, разработанной ВОЗ, что позволяет преобразовать прогнозируемый коэффициент смертности в возрасте до пяти лет (полученный в результате регрессионного анализа с использованием весовых коэффициентов) в прогнозируемый показатель младенческой смертности.</p> <p>Если в странах, использующих данные опросных исследований, уровни младенческой смертности определять, исходя из историй деторождения, полученных в ходе опросов и основанных на воспоминаниях, они могут быть искаженными. Поэтому для таких стран младенческую смертность определяют, используя прогнозируемые коэффициенты смертности в возрасте до пяти лет, преобразованные в показатели младенческой смертности с помощью типовых таблиц вероятности дожития Кола-Демени (A.Coale, P.Demeney).</p> <p>Межведомственная группа по оценке детской смертности, в которую входят представители ЮНИСЕФ, ВОЗ, Всемирного Банка и Отдела по народонаселению ООН, активно занимается гармонизацией оценок и проведением совместной оценки. Полученные таким образом уровни младенческой смертности оцениваются с использованием одинаковых методов в отношении всех государств-членов и в отношении данных, полученных от них. Эти методы направлены на обеспечение сопоставимости данных по всем странам и в любой период времени; вот почему полученные уровни младенческой смертности не всегда совпадают с официальными национальными данными.</p> <p>Преобладающий вид статистических данных: скорректированные и прогнозируемые.</p>

Механизм мониторинга и оценки	Воздействие
Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	Глобальные и региональные оценки основаны на оценках числа случаев смерти и численности населения в возрастной группе «0 лет», агрегированных по соответствующему региону.
Разбивка по следующему признаку	Возраст: 0-27 дней, 28 дней - <1 года
Единица измерения	Число случаев смерти на 1000 живорожденных
Мультипликатор	3
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	<p>Системы регистрации актов гражданского состояния – наиболее предпочтительный источник данных в отношении младенческой смертности. Однако многие развивающиеся страны не имеют хорошо функционирующей системы регистрации, точно отражающей все данные, касающиеся рождения и смерти. Поэтому опросные исследования домашних хозяйств, такие как опросы, посвященные демографии и здравоохранению (DHS), а также кластерные исследования по многим показателям (MICS) стали основным источником данных в отношении детской смертности в развивающихся странах; однако существуют некоторые ограничения, связанные с качеством таких исследований.</p> <p>Оценки, полученные в результате опросных исследований домашних хозяйств, имеют доверительные интервалы, которые следует принимать во внимание, проводя сравнение значений показателей во времени и по всем странам. К тому же, эти оценки нередко испытывают влияние искаженных данных, не связанных с выборкой. Как и в переписи населения, так и при проведении опросных исследований в отношении детской смертности, могут быть упущены из виду некоторые данные о рождении или смерти; данные о мертворожденных могут оказаться включенными в данные о живорожденных; возможны искажения в отношении определения выживших или ошибки, связанные с занижением возраста. Прямые оценки детской смертности, основанные на данных опросных исследований, также могут быть неточными в результате ошибочно сообщенных матерями данных о дате рождения ребенка, его возрасте в настоящий момент или в момент его смерти, и, вероятно, подобных неточностей и ошибок больше в том случае, если ребенок умер. Особенно распространена аккумуляция случаев смерти в возрасте 12 месяцев. Возрастная аккумуляция может привести к тому, что часть случаев смерти окажется за пределами возрастной границы в 1 год, что приведет к занижению уровней младенческой смертности. Однако такая аккумуляция мало влияет на уровни смертности детей в возрасте до пяти лет (U5MR), что делает оценку U5MR более устойчивой к ошибкам в сравнении с оценкой уровня младенческой смертности, если источником информации служат опросные исследования домашних хозяйств.</p>

Элемент данных	Целевые ориентиры благополучия и индикаторы здоровья и благополучия в политике Здоровье-2020.
Название индикатора	(13) 4.1а. Удовлетворенность жизнью в разбивке по возрасту и полу (как показатель благополучия)
Сокращенное название	Благополучие
Вид данных	Процент населения
Тема	Благополучие населения
Обоснование	Несмотря на то, что этот компонент присутствует в определении здоровья в интерпретации ВОЗ, на сегодняшний день большинство оценок в области здравоохранения сосредоточены на последствиях – смертности, заболеваемости или инвалидности. Предпринимаются усилия для того, чтобы концепция благополучия вышла за рамки понятия «благосостояние» и включала другие жизненные аспекты.
Определение	Благополучие бывает субъективным и объективным. Оно включает восприятие человеком действительности на основе его личного жизненного опыта, а также сравнение жизненных обстоятельств человека с социальными нормами и ценностями.
Сопряженные термины	
Предпочтительные источники данных	Основан на опросных исследованиях, проводимых в государствах-членах
Другие возможные источники данных	
Метод измерения	Исследования, описанные в ПРООН и методологии Гэллапа (G.Gallup)
Метод оценки	
Механизм мониторинга и оценки	
Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	
Разбивка по следующему признаку	Пол
Единица измерения	Доля населения в конкретном государстве
Мультипликатор	
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	

Элемент данных	Общие расходы на здравоохранение как процент от ВВП
Название индикатора	(15) 5.1с. Общие расходы на здравоохранение как процент от ВВП
Сокращенное название	Общие расходы на здравоохранение (THE) как % от ВВП
Вид данных	Денежные средства
Тема	Ресурсы систем здравоохранения
Обоснование	Это основной индикатор систем финансирования здравоохранения. Он помогает лучше понять, каков объем общих расходов на здравоохранение в пользу конкретного населения, скорректированный по паритету покупательной способности (ППС), чтобы содействовать проведению сравнений между разными странами.
Определение	Этот показатель является суммой расходов государства и личных расходов граждан на здравоохранение. Его оценивает ВОЗ совместно с ОЭСР и Всемирным Банком. Оценки, в максимально возможной степени, основываются на классификации национальных счетов здравоохранения (подробности можно найти в Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г.). Источниками служат как предоставленные страновые данные, так и оценки, сделанные международными организациями – МВФ, ВБ, ООН и ОЭСР. Следовательно, они могут в известной степени отличаться от официальных данных национальной статистики, которые предоставляют страны.
Сопряженные термины	Общие расходы на здравоохранение (THE)
Предпочтительные источники данных	Национальные счета здравоохранения
Другие возможные источники данных	
Метод измерения	<p>Индикаторы национальных счетов здравоохранения (НСЗ) основаны на информации в отношении расходов, собираемой в рамках международно признанной системы.</p> <p>НСЗ обобщают информацию о финансовых потоках системы здравоохранения, зарегистрированную по месту происхождения ресурсов (источников), и об агентах по материально-техническому снабжению (программах финансирования), которые распределяют свои денежные средства между поставщиками, чтобы оплатить определенные товары и услуги медицинского назначения, полезные для граждан. Бенефициары анализируются по многим аспектам – географическому, демографическому, социально-экономическому и эпидемиологическому.</p> <p>Общие расходы на здравоохранение (THE) измеряются как сумма расходов всех финансовых агентов, управляющих денежными средствами для закупки товаров и услуг медицинского назначения.</p> <p>Стратегия НСЗ состоит в том, чтобы отслеживать регистрацию сделок, избегая двойного счета, чтобы стало возможным достижение всеобъемлющего охвата. Отчетность о сделках денежного и неденежного характера ведется на основе цен покупателей. Имеются руководства по составлению национальных счетов здравоохранения. («Системы счетов здравоохранения», версия 2, ОЭСР, 2000 г.; ВОЗ-Всемирный Банк-АМР США, 2003 г.).</p>
Метод оценки	Эти данные генерируются источниками, которые используются ВОЗ на протяжении более 10 лет. Наиболее всеобъемлющие и непротиворечивые данные в отношении финансирования здравоохранения генерируются национальными счетами

	<p>здравоохранения. Не все страны имеют или обновляют НСЗ. В подобных случаях данные поступают по каналам технических контактов внутри страны, из документов, находящихся в открытом доступе, или содержатся в предоставляемых докладах, и их приводят в соответствие с системой НСЗ. Недостающие показатели оцениваются с использованием различных методов учета в зависимости от имеющихся данных по каждой стране.</p> <p>Предпочтительные источники данных:</p> <p>ТНЕ: База данных ВОЗ по НСЗ.</p> <p>Цифры о численности населения имеются в Отделе по народонаселению ООН, справочнике статистических данных по вопросам здоровья ОЭСР (OECD HD) и в базе данных Евростат.</p> <p>ВОЗ ежегодно направляет оценки соответствующим министерствам здравоохранения для подтверждения их правильности.</p>
Механизм мониторинга и оценки	Вкладываемые ресурсы
Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	Средние показатели взвешиваются по численности населения для получения глобальных и региональных средних показателей в отношении групп населения с разным доходом (классификация Всемирного Банка) и регионов ВОЗ.
Разбивка по следующему признаку	
Единица измерения	Процент, рассчитанный с использованием международного доллара по обменным курсам с учетом ППС
Мультипликатор	
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Данные в отношении оцениваемых расходов на здравоохранение собираются методом триангуляции информации, поступающей из нескольких источников, чтобы гарантировать, что расходы – это сумма всех расходов государства и личных расходов граждан на здравоохранение. Некоторые цифры могут быть занижены – в тех случаях, когда невозможно получить данные о расходах местных органов власти, корпораций, неправительственных организаций или страховых агентств. Временной лаг влияет на данные регистрации добровольной и принудительной миграции населения.

Элемент данных	Оплата услуг из личных средств домашних хозяйств как % от общих расходов на здравоохранение
Название индикатора	(14) 5.1а. Оплата услуг из личных средств домашних хозяйств как доля общих расходов на здравоохранение
Сокращенное название	Оплата услуг из личных средств (OOPs) как % от общих расходов на здравоохранение (THE)
Вид данных	Процент
Тема	Ресурсы систем здравоохранения
Обоснование	Это основной индикатор систем финансирования здравоохранения. Он способствует пониманию относительного веса прямых платежей из средств домашних хозяйств в общих расходах на здравоохранение. Значительные платежи из личных средств имеют сильную корреляционную связь с катастрофическими тратами, ведущими к обнищанию. Таким образом, данный индикатор является ключевым для обеспечения справедливости и процессов планирования.
Определение	<p>Уровень оплаты услуг из личных средств выражается в виде процента личных расходов на здравоохранение.</p> <p>Оплата услуг здравоохранения из личных средств домашних хозяйств – это прямые расходы домашних хозяйств, включая вознаграждение и натуральные выплаты (товарами и услугами) практикующим врачам и поставщикам фармацевтических препаратов, медицинской аппаратуры, других товаров и услуг, намеревающихся прежде всего содействовать восстановлению или укреплению здоровья отдельных лиц или групп населения. Сюда входят: платежи домашних хозяйств государственным службам, некоммерческим учреждениям или неправительственным организациям. Сюда входят: некомпенсируемое доленое участие в расходах, франшиза, совместные платежи и плата за услуги. Сюда не входят: платежи, осуществленные предприятиями, которые предоставляют своим сотрудникам льготы (обязательные, согласно законодательству, или необязательные) в получении медицинских или парамедицинских услуг. Сюда не входит оплата лечения за рубежом.</p>
Сопряженные термины	<p>Оплата услуг из личных средств</p> <p>Личные расходы на здравоохранение</p>
Предпочтительные источники данных	<p>Система административной отчетности</p> <p>Опросные исследования домашних хозяйств</p> <p>Национальные счета здравоохранения</p>
Другие возможные источники данных	Специальные исследования
Метод измерения	<p>Национальные счета здравоохранения отслеживают финансовые потоки из домашних хозяйств, являясь своего рода «агентами», которые «решают», как использовать денежные средства для оплаты поставщиков медико-санитарных услуг. Таким образом, в этот индикатор включены только прямые платежи, или оплата из личных средств.</p> <p>Стратегия НСЗ состоит в том, чтобы отслеживать регистрацию сделок, избегая двойного счета, чтобы стало возможным достижение всеобъемлющего охвата. Поэтому суммы страхового возмещения должны вычитаться.</p> <p>Отчетность о сделках денежного и неденежного характера ведется на основе цен покупателей, поэтому размер натуральных выплат должен быть определен по цене покупателей.</p>

	Имеются руководства по составлению национальных счетов здравоохранения. (ОЭСР, 2000 г.; ВОЗ-Всемирный Банк-АМР США, 2003 г.).
Метод оценки	<p>В странах, где финансовый год начинается в июле, данные о расходах относятся на более поздний год (например, данные 2008 года охватят 2007-2008 финансовый год), если иное не предусмотрено для конкретной страны.</p> <p>Эти данные генерируются источниками, которые используются ВОЗ на протяжении более 10 лет. Наиболее всеобъемлющие и непротиворечивые данные в отношении финансирования здравоохранения генерируются национальными счетами здравоохранения. Не все страны имеют или обновляют НСЗ. В подобных случаях данные поступают по каналам технических контактов внутри страны, из документов, находящихся в открытом доступе, или содержатся в предоставляемых докладах, и их приводят в соответствие с системой НСЗ. Недостающие показатели оцениваются с использованием различных методов учета в зависимости от имеющихся данных по каждой стране.</p> <p>Основные используемые международные справочные материалы: база данных Евростат, статистический справочник МВФ по международным финансам; статистические данные по вопросам здоровья ОЭСР; статистический справочник ООН по национальным счетам.</p> <p>Национальные источники включают: отчеты по национальным счетам здравоохранения, отчеты по национальным счетам, комплексные финансовые исследования, отчеты о личных расходах по целям (СОICOP), институциональные отчеты частных юридических лиц, предоставляющих медико-санитарные услуги или финансирующих их, и, в значительной степени, страховые и финансовые отчеты частных медицинских страховых агентств. Дополнительные источники: опросные исследования домашних хозяйств, обследования предпринимательской деятельности, экономические переписи.</p> <p>Другие возможные источники данных включают специальные опросные исследования.</p> <p>ВОЗ ежегодно направляет оценки соответствующим министерствам здравоохранения для подтверждения их правильности.</p>
Механизм мониторинга и оценки	Воздействие
Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	Средние показатели взвешиваются по численности населения для получения глобальных и региональных средних показателей в отношении групп населения с разным доходом (классификация Всемирного Банка) и регионов ВОЗ.
Разбивка по следующему признаку	
Единица измерения	
Мультипликатор	
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая	Ежегодно

периодичность сбора данных	
Ограничения	Данные в отношении оцениваемых расходов на здравоохранение собираются методом триангуляции информации, поступающей из нескольких источников, чтобы гарантировать, что расходы – это сумма всех расходов государства и личных расходов граждан на здравоохранение. Некоторые цифры могут быть неточными – в тех случаях, когда в них не учтен весь поток товаров. Опросным исследованиям домашних хозяйств свойственна необъективность из-за ошибок выборки и искажений данных, не связанных с выборкой.

Дополнительные индикаторы

Элемент данных	Распространенность употребления табака в настоящее время среди подростков (%)
Название индикатора	(2) 1.1b. Распространенность еженедельного табакокурения среди подростков
Сокращенное название	
Вид данных	Процент
Тема	Факторы риска
Обоснование	<p>Уровень распространения употребления табака в настоящее время среди взрослого населения – это важный показатель бремени для здравоохранения и экономики от употребления табака, который служит основой для оценки эффективности программ по борьбе против табака в динамике по времени.</p> <p>Хотя более общий критерий употребления табака (включающий как табачные изделия, которые потребляются курением, так и «бездымный» табак) был бы идеальным, ограничения в отношении данных ограничивают и используемый ныне индикатор сферой табачных изделий, потребляемых курением.</p> <p>Скорректированные и стандартизированные по возрасту уровни распространения определяются исключительно для сравнения оценок распространенности употребления табака во многих странах или в одной и той же стране в течение ряда периодов времени. Эти уровни не следует использовать для оценки численности курящих среди населения.</p> <p>Риск хронических заболеваний в результате курения возникает рано, еще в детстве, а рискованное поведение, связанное с курением, продолжается далее во взрослой жизни. Табак вызывает сильную зависимость. Его употребление нередко начинается в подростковом возрасте, до того, как у человека разовьется правильное восприятие риска. К тому времени, как зависимый человек начинает понимать, что употребление табака представляет опасность для его здоровья, ему уже трудно отказаться от этой привычки.</p>

<p>Определение</p>	<p>Оценки уровня распространения употребления любого табачного изделия в настоящее время, основанные на результатах самого последнего опросного исследования употребления табака взрослым населением (или исследования, в ходе которого задаются, среди прочих, и вопросы относительно употребления табака), которые скорректированы в соответствии с методом регрессионного анализа ВОЗ в целях стандартизации, описаны ниже (см. «Метод оценки»).</p> <p>"Употребление табака" включает сигареты, сигары, трубки и любые другие табачные изделия.</p> <p>"Курение в настоящее время" включает ежедневное, не ежедневное или периодическое курение.</p> <p>Распространенность употребления табака (включая курение, использование табачных изделий для перорального употребления и снафф) среди подростков в возрасте 13-15 лет более чем один раз в течение 30 дней до проведения опросного исследования.</p> <p>Данный индикатор измеряется при помощи стандартных вопросников в ходе обследований по вопросам здравоохранения, проводимых среди части населения (репрезентативная выборка) в возрасте 15 лет и старше. Во многих странах подобные опросные исследования населения по вопросам здравоохранения проводятся на более-менее регулярной основе. Однако, основная часть данных собирается подразделением ЕРБ ВОЗ «Табак или здоровье» из многочисленных источников. Если имеются значения показателя только в отношении мужского или женского населения, совокупный показатель рассчитывается как среднее от значения показателя для мужчин или женщин.</p>
<p>Сопряженные термины</p>	
<p>Предпочтительные источники данных</p>	<p>Опросные исследования домашних хозяйств Специальные тематические опросные исследования</p>
<p>Другие возможные источники данных</p>	<p>Специальные тематические опросные исследования Системы эпиднадзора</p>
<p>Метод измерения</p>	<p>О распространенности употребления табака среди подростков в возрасте 13-15 лет можно судить на основании Глобального обследования употребления табака среди молодежи (GYTS) и Глобального обследования в области охраны здоровья школьников (GSHS), которые основаны на опросах школьников и включают следующие вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Число дней, в которые респондент курил сигареты или другие табачные изделия в течение последних 30 дней 2. Употреблял ли респондент, если употреблял, то сколько дней употреблял, любые табачные изделия, кроме сигарет, в течение последних 30 дней
<p>Метод оценки</p>	<p>ВОЗ разработала метод регрессионного анализа для того, чтобы была возможность проведения сравнения между странами. Если данные по какой-то стране частично отсутствуют или являются неполными, регрессионный анализ с использованием имеющихся данных по региону, в котором находится страна, позволяет получить оценочные данные в отношении этой страны. Регрессионные модели реализуются на 3 субрегиональном уровне ООН отдельно для мужского и женского населения, чтобы получить уровни распространения для данного региона в разбивке по возрастному признаку. Затем эти оценочные данные используются вместо недостающего индикатора для государства, входящего в субрегион. Обращаем внимание на то, что</p>

	<p>этот метод нельзя использовать в отношении стран, по которым вообще нет данных: такие государства не включены ни в один анализ.</p> <p>Информация из неоднородных источников, которые появляются в ходе различных опросных исследований без использования стандартизированных инструментов исследования, затрудняет определение стандартизированных по возрасту национальных уровней распространения. Четыре основных вида различий между исследованиями и соответствующие используемые методы корректировки перечислены ниже.</p> <p>Различия по возрастным группам, охваченным опросным исследованием:</p> <p>Чтобы определить уровни распространения употребления табака для стандартных возрастных диапазонов (для возраста с 15 до 80 лет – в разбивке на группы по пять лет, а затем для возраста с 80 до 100 лет) корреляционная связь между возрастом и ежедневным употреблением табака изучается отдельно для мужского и женского населения каждой страны с использованием диаграмм разброса. Для этого, берутся данные последнего репрезентативного исследования на национальном уровне; в некоторых случаях используется более одного исследования, если уровни распространения среди мужского и женского населения определены на основе различных опросов, или если дополнительное обследование пополняет сведения в отношении предельных возрастных интервалов. Чтобы определить уровни распространения в разбивке по возрасту для пятилетних возрастных интервалов, строится график зависимости регрессионных моделей (использующих оценки распространенности употребления табака из возрастной функции первого, второго и третьего порядка) от диаграммы разброса, и выбирается наиболее сглаженная кривая. Для остальных индикаторов используется сочетание методов: регрессионные модели реализуются на субрегиональном уровне для определения уровня курения сигарет в настоящее время и ежедневного курения, а отношение эквивалентности используется между уровнями распространения курения и курением сигарет там, где преобладает курение сигарет – чтобы получить уровни распространения в разбивке по возрасту в отношении курения сигарет в настоящее время и ежедневного курения сигарет для стандартных возрастных интервалов.</p> <p>Различия в типах измеряемых индикаторов употребления табака: Если у нас имеются данные в отношении табакокурения и курения сигарет в настоящее время, тогда делается дефиниционная корректировка, позволяющая учесть «недостающее» ежедневное табакокурение и ежедневное курение сигарет. Точно так же, если у нас есть данные только в отношении табакокурения в настоящее время и ежедневного табакокурения, делается корректировка по типам табака в отношении всех типов, чтобы получить оценки в отношении курения сигарет, как «в настоящее время», так и ежедневного.</p> <p>Различия обследований по географическому охвату внутри одной страны:</p> <p>Данные корректируются с учетом соотношения в плане распространенности между городскими и сельскими поселениями в странах, находящихся в соответствующем субрегионе. Результаты этого регрессионного анализа городских и сельских поселений применяются в отношении стран, чтобы получить более масштабные данные о распространенности на национальном уровне. Например, если в стране имеются данные об уровне распространения ежедневного употребления табака только в отношении городских</p>
--	---

поселений, результаты регрессионного анализа соотношения употребления табака в сельских и городских поселениях используются для расчета уровней распространения ежедневного курения в сельских поселениях, которые затем комбинируются с уровнями распространения в городских поселениях с использованием в качестве весовых коэффициентов соотношения городского и сельского населения, для получения оценочных данных о распространенности в масштабах всей страны, а также для определения уровней распространения в разбивке по возрасту на национальном уровне.

Различия по годам проведения обследований:

Для Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии (2009 г.), были получены оценочные данные за 2006 г. Источником данных о распространенности курения послужили опросные исследования, проводившиеся в различные годы в разных странах. В некоторых случаях самые последние данные о распространенности курения имелись лишь в исследованиях, проведенных до 2006 г., а иногда обследование проводилось уже после 2006 г. Для получения оценочных данных о распространенности курения в 2006 г. использовалась информация в отношении тенденций для того, чтобы составить прогнозы либо на будущие годы (в случае тех стран, у которых были данные лишь до 2006 г.), либо чтобы «вернуться назад» (если у стран были данные лишь за период после 2006 г.). Это достигается за счет обобщения информации в отношении тенденций из всех проводившихся обследований по каждой стране. Для стран, не обладающих историческими данными, использована информация в отношении тенденций по соответствующему субрегиону, в который входят эти страны.

Показатель распространения курения, стандартизированный по возрасту:

В целом, употребление табака сильно варьируется в зависимости от пола и возраста курящих. Если общий коэффициент распространения употребления табака в стране достаточно легко определить на определенный момент времени, то проведение сравнения общих коэффициентов между двумя или более странами на определенный момент времени, или сравнения общих коэффициентов одной страны, но на разные моменты времени, может ввести нас в заблуждение, если две группы населения, которые сравниваются, имеют сильно отличающиеся возрастные структуры или большие различия в употреблении табака мужчинами и женщинами. Для того чтобы преодолеть эту проблему, широко применяется метод стандартизации по возрасту. Он позволяет проводить значимое сравнение уровней распространения в различных странах. Данный метод основан на применении показателей распространения в разбивке по возрасту и полу в каждой группе населения в отношении «стандартного населения». Для этого используется «стандартное население» ВОЗ – условно выделяемое население с искусственной возрастной структурой, которая в значительной степени соответствует возрастной структуре стран с низким и средним уровнем дохода. Полученный в результате показатель распространения, стандартизированный по возрасту, выражаемый также в виде процента от общего населения, характеризует число курильщиков на 100 человек «стандартного населения» ВОЗ. В итоге, показатель, полученный таким образом, представляет всего лишь гипотетическую величину, не наполненную конкретным значением. Он оказывается полезным лишь для сравнения уровней распространения в одной стране с уровнями распространения в другой стране, или уровней одной и той же страны, но на разные моменты времени.

	<p>Чтобы получить общий показатель распространения курения в стране, стандартизированные по возрасту показатели распространения курения среди мужчин и женщин должны быть объединены для определения суммарной распространенности. Поскольку «стандартное население» ВОЗ лишено половых различий, стандартизированные по возрасту показатели для мужчин и женщин объединяют с помощью весовых коэффициентов в отношении мужского и женского населения на глобальном уровне (с использованием демографических данных ООН за 2006 г.). Например, если стандартизированный по возрасту уровень распространения табакокурения среди взрослого населения равен 60% для мужчин и 30% для женщин, суммарный показатель распространения табакокурения среди всего взрослого населения рассчитывается так: $60 \times (0,51) + 30 \times (0,49) = 45\%$, где цифры в скобках – это весовые коэффициенты мужского и женского населения. Таким образом, в суммарном показателе распространения (45%) на мужчин приходится 66.7% [= $(30 \div 45) \times 100$], а на женщин 33.3% [= $(15 \div 45) \times 100$].</p> <p>ВОЗ собирает данные из Глобального обследования употребления табака среди молодежи (GYTS) и Глобального обследования в области охраны здоровья школьников (GSHS) и размещает их в Глобальной информационной базе ВОЗ.</p> <p>Преобладающий вид статистических данных: скорректированные</p>
Механизм мониторинга и оценки	Итоговый результат
Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	Региональные и глобальные сводные показатели основаны на средневзвешенных значениях (взвешенных по общей численности населения в возрасте ≥ 15 лет). Такие сводные показатели представляются только в том случае, если имеющиеся данные охватывают, по меньшей мере, 50% общей численности регионального или глобального населения в возрасте ≥ 15 лет.
Разбивка по следующему признаку	Пол
Единица измерения	Отсутствует
Мультипликатор	
Ожидаемая периодичность распространения данных	Постоянно
Ожидаемая периодичность сбора данных	
Ограничения	Некоторые опросные исследования проводились в небольших группах населения на субнациональном уровне, и, следовательно, они могут неточно отражать ситуацию на национальном уровне.

Элемент данных	Эпизоды пьянства
Название индикатора	Эпизоды пьянства (единовременное потребление 60 г чистого спирта или примерно 6 стандартных доз алкогольных напитков по меньшей мере раз в неделю) среди подростков
Сокращенное название	НED (Эпизоды пьянства)
Вид данных	Процент
Тема	Факторы риска
Обоснование	Эпизоды пьянства – один из компонентов ключевых индикаторов, характеризующих структуру потребления алкоголя в конкретной стране. Точнее говоря, он определяет долю населения, потребляющего большое количество алкоголя единовременно, а, следовательно, помогает выделить ту группу населения, которая наиболее подвержена высокому риску причинения серьезного вреда собственному здоровью в связи с употреблением алкоголя, а также риску развития осложнений хронического характера.
Определение	Эпизоды пьянства – это доля взрослого населения (в возрасте 15 лет и старше), которое единовременно потребляет 60 г или более чистого спирта по меньшей мере раз в неделю. Потребление 60 г чистого спирта соответствует примерно 6 стандартным дозам алкогольных напитков. В числителе – число (взвешенный надлежащим образом показатель) респондентов (в возрасте 15 лет и старше), которые сообщили о потреблении 60 г или более чистого спирта по меньшей мере раз в неделю. В знаменателе – общее число участников опроса (в возрасте 15 лет и старше), ответивших на соответствующий/соответствующие вопрос/вопросы в ходе исследования, плюс воздержавшиеся.
Сопряженные термины	
Предпочтительные источники данных	Опросные исследования на популяционном уровне Опросное исследование по поведению детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC)
Другие возможные источники данных	
Метод измерения	Взрослое население (в возрасте 15 лет и старше) репрезентативной выборки в конкретной стране просят ответить на вопросы в рамках исследования. Приоритетными, с точки зрения порядка принятия решений, являются опросные исследования, репрезентативные в национальном плане и, вместе с тем, позволяющие провести сравнение данных на международном уровне (по степени предпочтительности: Обзор о состоянии здоровья в мире (WHS), инструмент STEPS, международное исследование «Гендер, алкоголь и культура» (GENACIS) и Европейское сравнительное исследование по алкоголю (ECAS)); далее идут национальные опросные исследования.
Метод оценки	Взвешивание процентной доли респондентов, причем «воздержавшиеся» учитываются как не имевшие подобных эпизодов («0 случаев»).
Механизм мониторинга и оценки	
Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	Оценочные данные, полученные в ходе опросных исследований, взвешиваются по численности населения стран.
Разбивка по следующему признаку	Пол

Единица измерения	
Мультипликатор	
Ожидаемая периодичность распространения данных	Каждые 3-5 лет
Ожидаемая периодичность сбора данных	Каждые 3-5 лет
Ограничения	Источники данных различаются в зависимости от вида опросных исследований, проводимых в разных странах, что обуславливает необходимость использования замещающих показателей в отношении еженедельных эпизодов пьянства, например, «потребление 60 г по меньшей мере в один день за последние 7 дней».

Элемент данных	Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди детей школьного возраста.
Название индикатора	(4) 1.1d. Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди детей школьного возраста (значение ИМТ к возрасту выше соответственно показателя Z-score +1 и +2 относительно медианного значения из справочника ВОЗ о росте и развитии детей 2007 г.)
Сокращенное название	ChildOverW (избыточная масса тела у детей)
Вид данных	Статистические данные
Тема	Факторы риска
Обоснование	Избыточная масса тела вызывает предрасположенность к различным заболеваниям, таким как сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет 2 типа, апноэ и остеоартрит. Ожирение является растущей проблемой общественного здравоохранения. Существуют эффективные меры вмешательства для профилактики и успешной борьбы с ожирением. Многие риски снижаются, если снижается масса тела.
Определение	Доля установленного населения с избыточной массой тела или ожирением (значение ИМТ к возрасту выше соответственно показателя Z-score +1 для избыточной массы тела и Z-score +2 для ожирения, относительно медианного значения из справочника ВОЗ о росте и развитии детей 2007 г.)
Сопряженные термины	Избыточная масса тела
Предпочтительные источники данных	Европейская инициатива эпиднадзора за детским ожирением (COSI), ВОЗ
Другие возможные источники данных	Опросное исследование по поведению детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC)
Метод измерения	Основан на измерении роста и веса (COSI) или на самооценке роста и веса (HBSC).
Метод оценки	Распространенность избыточной массы тела определяется как доля исследуемого населения со значением ИМТ к возрасту выше показателя Z-score +1 (стандартные показатели отклонения) относительно медианного значения из справочника ВОЗ о росте и развитии детей 2007 г. Распространенность оценивается следующим образом: число лиц, которые имеют отклонение выше стандартного (+1) относительно медианного значения ИМТ к возрасту из справочника

	ВОЗ о росте и развитии детей (в возрасте 5-19 лет) 2007 г. / общее число лиц, вес и рост которых измеряли) * 100. Распространенность ожирения определяется как доля исследуемого населения со значением ИМТ к возрасту выше показателя Z-score +2 (стандартные показатели отклонения) относительно медианного значения из справочника ВОЗ о росте и развитии детей 2007 г. Распространенность оценивается следующим образом: число лиц, которые имеют отклонение выше стандартного (+2) относительно медианного значения ИМТ к возрасту из справочника ВОЗ о росте и развитии детей (в возрасте 5-19 лет) 2007 г. / общее число лиц, вес и рост которых измеряли) * 100
Механизм мониторинга и оценки	Итоговый результат
Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	Отсутствует
Разбивка по следующему признаку	Пол
Единица измерения	
Мультипликатор	
Ожидаемая периодичность распространения данных	Постоянно, с использованием Европейской базы данных ВОЗ по вопросам питания, ожирения и физической активности.
Ожидаемая периодичность сбора данных	Каждые 3 года (COSI) или 4 года (HBSC).
Ограничения	Данные самооценки веса и роста, полученные в рамках исследования HBSC, занижают распространенность избыточной массы тела и ожирения. Недостающие значения ИМТ составляют от 3% до 84%.

Элемент данных	Коэффициент материнской смертности (на 100 000 живорожденных)
Название индикатора	(13) 5.1а. Материнская смертность на 100 000 живорожденных (коды МКБ-10 O00-O99)
Сокращенное название	Коэффициент материнской смертности
Вид данных	Коэффициент
Тема	Состояние здоровья
Обоснование	Осложнения во время беременности и родов являются основной причиной смерти и инвалидности женщин репродуктивного возраста в развивающихся странах. Коэффициент материнской смертности отражает степень риска, связанного с каждой беременностью, т.е. акушерского риска. Этот показатель также является индикатором для мониторинга Цели тысячелетия №5 в области развития, направленной на улучшение здоровья матерей. Данный индикатор используется для мониторинга случаев смерти, связанных с беременностью и родами. Он отражает возможности систем здравоохранения по обеспечению эффективной медицинской помощи для предупреждения и борьбы с осложнениями, возникающими во время беременности и родов.

<p>Определение</p>	<p>Коэффициент материнской смертности (КМС) – это ежегодное число случаев смерти среди женщин от любых причин, связанных с беременностью или ее ведением или усугубившихся в результате беременности или ее ведения (исключая случайные причины или несчастные случаи), во время беременности и родов или в течение 42 дней с момента окончания беременности, независимо от срока беременности и ее местоположения, на 100 000 живорожденных, в конкретном году.</p> <p>Коды МКБ-10 O00-O99. Случай материнской смерти – это смерть женщины в период беременности или в течение 42 дней с момента окончания беременности (независимо от срока беременности и ее местоположения) от любых причин, связанных с беременностью или ее ведением или усугубившихся в результате беременности или ее ведения, но не от случайных причин или несчастных случаев.</p> <p>Есть два альтернативных источника информации о материнской смертности, которые используются при расчетах данного индикатора: а) регулярно поступающие в ВОЗ (в основном, из центральных статистических бюро) статистические данные о смертности в разбивке по причинам; б) данные, предоставляемые больницами в министерства здравоохранения. Как правило, число случаев материнской смерти из обоих источников должно совпадать, и в большинстве западных стран дело обстоит именно так. Однако, в некоторых государствах, в основном в Восточной Европе, наблюдаются большие различия в статистике, обусловленные их национальной практикой выдачи свидетельства о смерти и присвоения кодов. В подобных случаях более полной/точной являются данные, предоставляемые больницами. С момента создания в январе 2001 г. базы данных ЗДВ, расчет коэффициента материнской смертности производится с использованием информации из обоих вышеуказанных источников (если имеются данные из обоих источников), причем в случае различий в цифрах, используется большее значение. По мнению экспертов, даже в странах, имеющих хорошую систему регистрации актов гражданского состояния, уровень материнской смертности на самом деле выше примерно на 50%. ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНФПФ подготовили скорректированные оценки уровня материнской смертности в 1990 г. и 1995 г.</p>
<p>Сопряженные термины</p>	<p>Поздняя материнская смертность Живорожденный Случаи смерти матерей</p>
<p>Предпочтительные источники данных</p>	<p>Регистрация актов гражданского состояния с полным охватом населения и медицинское свидетельство, указывающее причину смерти</p>
<p>Другие возможные источники данных</p>	<p>Опросные исследования домашних хозяйств Перепись населения Системы выборочной или дозорной регистрации Специальные исследования</p>
<p>Метод измерения</p>	<p>Коэффициент материнской смертности можно рассчитать, разделив зарегистрированное (или оценочное) число случаев смерти матерей на общее зарегистрированное (или оценочное) число живорожденных в один и тот же период времени, и умножив полученный результат на 100 000. Для расчетов необходима информация о статусе беременности, времени наступления смерти (во время беременности, родов или в течение 42 дней после окончания беременности) и о причине смерти.</p>

	<p>Коэффициент материнской смертности = (Число случаев смерти матерей / число живорожденных) X 100,000</p> <p>Коэффициент материнской смертности можно рассчитать непосредственно на основании данных, собранных при помощи систем регистрации актов гражданского состояния, полученных в результате опросных исследований домашних хозяйств или из других источников. Однако, часто возникают проблемы, обусловленные плохим качеством информации, особенно в связи с низким уровнем регистрации или неправильной классификацией случаев смерти матерей. Поэтому данные часто корректируются, чтобы учесть подобные проблемы качества. В тех случаях, когда данные не достоверны, следует проводить их корректировку с учетом низкого уровня регистрации и неправильной классификации случаев смерти, а также делать оценки на основе использования моделей.</p> <p>Материнская смертность – это относительно редкое явление, поэтому если источником информации служат опросные исследования домашних хозяйств, необходимо использовать крупную выборку. Это требует очень больших затрат, а оценки, полученные в результате, все равно будут иметь большие доверительные интервалы, ограничивающие полезность сопоставлений между странами или временными периодами.</p> <p>Чтобы снизить требования в отношении размера выборки, при проведении опросов, посвященных демографии и здравоохранению (DHS), а также кластерных исследований по многим показателям (MICS4), используется метод анализа смертности по неполным данным (метод «сестринства»), позволяющий определить уровень материнской смертности при помощи вопросов, задаваемых респондентам относительно выживания их сестер. Следует отметить, что применение метода «сестринства» дает результаты в отношении смертности, связанной с беременностью: независимо от причины смерти все случаи смерти во время беременности, родов или в течение шести недель после окончания беременности учитываются в числителе коэффициента материнской смертности.</p> <p>Исследование смертности в репродуктивном возрасте (RAMOS) – это специальное исследование, для которого используются различные источники в зависимости от контекста, чтобы выявить все случаи смерти женщин репродуктивного возраста и установить, какие из них являются случаями смерти матерей, а какие связаны с беременностью.</p>
Метод оценки	<p>ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирный банк разработали метод корректировки имеющихся в наличии данных, позволяющий учесть проблемы качества данных и обеспечить сопоставимость различных источников данных. Этот метод предусматривает оценку данных с точки зрения их полноты, а также, в случае необходимости, корректировку с учетом низкого уровня регистрации и неправильной классификации случаев смерти, равно как и получение оценок при помощи статистического моделирования для тех стран, которые не имеют достоверных данных национального уровня.</p> <p>Данные в отношении материнской смертности и другие соответствующие переменные величины получают из баз данных, которые ведут ВОЗ, Отдел по народонаселению ООН, ЮНИСЕФ и ВБ. Данные, поступающие из стран, различаются с точки зрения их источников и использованной методологии проведения оценки.</p>

	<p>Принимая во внимание вариабельность источников информации, при работе с каждым источником данных используются различные методы, направленные на то, чтобы получить сопоставимые оценки по странам, что позволит рассчитать региональные и глобальные сводные показатели.</p> <p>В настоящее время, лишь около одной трети всех государств/территорий обладают достоверными данными и не нуждаются в дополнительной оценке. Примерно половина стран, охваченных процессом проведения оценки, предоставляют собственные оценки в отношении материнской смертности, которые подвергаются корректировке для обеспечения сопоставимости методологий. Что касается остальных стран/территорий, которые не имеют надлежащих данных в отношении материнской смертности, для них используется статистическая модель прогнозирования уровней материнской смертности. Однако, точечные оценки, сделанные с помощью такой методологии, не будут отражать реальные уровни материнской смертности. Рекомендуется подходить к оценкам с учетом представленных границ неопределенности, внутри которых, видимо, и находятся реальные уровни.</p> <p>Преобладающий вид статистических данных: прогнозируемые</p>
Механизм мониторинга и оценки	Воздействие
Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	Региональные и глобальные сводные показатели основаны на средневзвешенных значениях (в качестве весовых коэффициентов используется общее число живорожденных). Такие сводные показатели представляются только в том случае, если имеющиеся данные охватывают, по меньшей мере, 50% общего числа живорожденных на региональном или глобальном уровне.
Разбивка по следующему признаку	
Единица измерения	Число случаев смерти на 100 000 живорожденных
Мультипликатор	
Ожидаемая периодичность распространения данных	Каждые 3-5 лет
Ожидаемая периодичность сбора данных	
Элемент данных	Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 1, 15, 45 и 65 лет
Название индикатора	(11) 2.1а. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 1, 15, 45 и 65 лет в разбивке по полу
Сокращенное название	Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 1, 15, 45 и 65 лет
Вид данных	Статистические данные
Тема	Состояние здоровья

Обоснование	Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 65 лет отражает общий уровень смертности населения старше 65 лет. В этом показателе обобщены закономерности, преобладающие во всех возрастных группах старше 65 лет.
Определение	Среднее число лет, которое предстояло бы прожить человеку в возрасте 65 лет при условии, что на протяжении всей жизни этого человека показатель уровня смертности в разбивке по возрастному и половому признаку останется таким же в любом конкретном году в конкретной стране, территории или географической области, как в момент, когда данному человеку было 65 лет.
Сопряженные термины	Таблица вероятности дожития
Предпочтительные источники данных	Регистрация актов гражданского состояния с полным охватом населения
Другие возможные источники данных	Опросные исследования домашних хозяйств Перепись населения
Метод измерения	Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 65 лет определяется при помощи таблиц вероятности дожития и основывается на показателях уровня смертности в разбивке по возрастному и половому признаку.
Метод оценки	<p>Методы оценки таблиц вероятности дожития, выпускаемых ВОЗ для государств-членов, различаются в зависимости от имеющихся в наличии данных для оценки детской и взрослой смертности. Используются три основных метода. Во всех трех случаях используются оценки уровней неонатальной, младенческой смертности и смертности детей в возрасте до пяти лет, сделанные Межучрежденческой группой ООН по оценке детской смертности (UN-IGME). ВОЗ разработала типовую таблицу вероятности дожития, используя модифицированную логит-систему, основанную примерно на 1800 таблицах вероятности дожития, составленных с помощью данных регистрации актов гражданского состояния, которые были признаны качественными для составления таблиц вероятности дожития и их оценки с использованием ограниченного числа вводимых параметров.</p> <p>1) Если данные в отношении смертности, основанные на регистрации актов гражданского состояния, имеются в наличии, проводится оценка их качества; эти данные, если необходимо, корректируются с учетом полноты регистрации, и используются непосредственно для составления таблиц вероятности дожития.</p> <p>2) Если данные в отношении смертности, основанные на регистрации актов гражданского состояния за самый последний год, отсутствуют, то таблицы вероятности дожития составляются с использованием доступных данных за годы, начиная с 1985 г. Оцениваются уровни смертности детей в возрасте до пяти лет и уровни взрослой смертности, или только уровни смертности детей в возрасте до пяти лет, с использованием модифицированной логит-модели, в отношении которой применяется глобальный стандарт (определяемый как среднее значение всех 1800 таблиц).</p> <p>3) Если отсутствуют данные, основанные на регистрации актов гражданского состояния, которые могли бы быть полезными, используются самые последние аналитические материалы Отдела по народонаселению ООН в отношении таблиц вероятности дожития.</p> <p>Преобладающий вид статистических данных – прогнозируемые</p>
Механизм мониторинга и оценки	

Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	Число случаев смерти, оцененное на основании таблицы вероятности дожития, и численность населения в разбивке по возрастным группам агрегируют по соответствующим регионам, чтобы рассчитать региональные таблицы вероятности дожития.
Разбивка по следующему признаку	Пол
Единица измерения	Число лет
Мультипликатор	
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	

Элемент данных	Число лет здоровой жизни в возрасте 65 лет
Название индикатора	(12) 2.1b. Число лет здоровой жизни в возрасте 65 лет в разбивке по полу
Сокращенное название	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни
Вид данных	
Тема	Состояние здоровья
Обоснование	
Определение	Индикатор «число лет здоровой жизни (HLY) в возрасте 65 лет» означает число лет жизни с относительно хорошим состоянием здоровья, на которое может рассчитывать человек в возрасте 65 лет. Индикатор HLY характеризует ожидаемую продолжительность здоровой жизни, и в нем объединена информация о смертности и заболеваемости. Для его расчета нужна информация о доли населения с хорошим и плохим состоянием здоровья в разбивке по возрасту и информация о смертности в разбивке по возрасту. Хорошее состояние здоровья означает отсутствие каких-либо ограничений в деятельности человека/отсутствие инвалидности. Этот индикатор рассчитывается отдельно для мужчин и женщин. Он имеет еще одно название – «ожидаемая продолжительность жизни без инвалидности» (DFLE). Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 65 лет – это среднее число лет, которое предстоит прожить человеку в возрасте 65 лет при условии, что на протяжении всей оставшейся жизни этого человека предпосылки смертности будут оставаться такими же, как в момент, когда данному человеку было 65 лет.
Сопряженные термины	
Предпочтительные источники данных	Регистрация актов гражданского состояния для получения данных о смертности/ожидаемой продолжительности жизни, а также опросные исследования по вопросам здравоохранения для определения наличия ограничений в деятельности человека/определения инвалидности
Другие возможные источники данных	
Метод измерения	
Метод оценки	

Механизм мониторинга и оценки	
Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	
Разбивка по следующему признаку	Пол
Единица измерения	<ul style="list-style-type: none"> • Число лет здоровой жизни • Число лет ожидаемой продолжительности жизни • Число лет здоровой жизни как процент от числа лет ожидаемой продолжительности жизни.
Мультипликатор	
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	

Элемент данных	Уровень успешного лечения новых случаев ТБ легких с положительным результатом бактериоскопии мазка мокроты
Название индикатора	(14) 5.1b. Процент пролеченных случаев среди завершивших лечение пациентов с туберкулезом
Сокращенное название	Уровень успешного лечения случаев ТБ с отрицательным результатом бактериоскопии мазка мокроты и случаев внелегочного ТБ
Вид данных	Процент
Тема	Охват медико-санитарными услугами
Обоснование	Уровень успешного лечения – это показатель, используемый для оценки хода реализации национальных программ борьбы с ТБ. Помимо очевидной пользы для отдельных пациентов, успешное лечение случаев заболевания инфекционным ТБ чрезвычайно важно для предотвращения распространения этой инфекции. Выявление и успешное лечение значительной части случаев заболевания ТБ должно незамедлительно повлиять на уровень распространения ТБ и смертности в результате ТБ. За счет снижения уровня передачи инфекции успешное лечение большинства случаев заболевания ТБ также приведет, хотя и с некоторой задержкой во времени, к сокращению заболеваемости в результате этой инфекции.
Определение	Доля успешно пролеченных новых случаев среди завершивших лечение пациентов с ТБ с отрицательным результатом бактериоскопии мазка мокроты и успешно пролеченных новых случаев среди завершивших лечение пациентов с внелегочным ТБ (или случаев с неопределенным результатом бактериоскопии мазка мокроты/случаев, когда бактериоскопия мазка не делалась), зарегистрированных в конкретном году в рамках реализации национальной программы по борьбе с ТБ (без фактических бактериологических данных, подтверждающих успешность лечения, т.е. «лечение завершено»).

	<p>По завершении лечения, каждый пациент регистрируется с указанием одного из следующих пяти взаимоисключающих итоговых результатов лечения: лечение завершено; наступила смерть; лечение оказалось неудачным; пациент нарушил свои обязательства в отношении лечения; пациент переведен в другое лечебное заведение и результат неизвестен. Общая доля случаев с этими результатами, плюс доля дополнительных случаев, зарегистрированных для лечения, но еще без указания итоговых результатов лечения, и составляют в совокупности 100% всех зарегистрированных случаев.</p>
Сопряженные термины	<p>Новый случай заболевания туберкулезом Туберкулез (ТБ)</p>
Предпочтительные источники данных	<p>Система ведения истории болезни Системы эпиднадзора</p>
Другие возможные источники данных	
Метод измерения	<p>Уровни успешного лечения рассчитываются с использованием данных, полученных когортным методом (итоговых результатов среди зарегистрированных пациентов), и представляют из себя долю успешно пролеченных новых случаев среди завершивших лечение пациентов с ТБ с отрицательным результатом бактериоскопии мазка мокроты и успешно пролеченных новых случаев среди завершивших лечение пациентов с внелегочным ТБ, зарегистрированных в конкретном году в рамках реализации национальной программы по борьбе с ТБ, без фактических бактериологических данных, подтверждающих успешность лечения.</p> <p>Итоговые результаты лечения случаев заболевания ТБ, зарегистрированных для лечения, ежегодно представляются странами в ВОЗ с помощью системы сбора данных на основе Интернета. См. Глобальный доклад ВОЗ по борьбе с туберкулезом.</p> <p>Представляемые государствами итоговые результаты лечения случаев заболевания ТБ оформляются с соблюдением рекомендаций ВОЗ в отношении определения итоговых результатов, они сопоставимы в международном масштабе и не требуют какой-либо корректировки.</p> <p>Поскольку лечение ТБ занимает 6-7 месяцев, оценку итоговых результатов лечения получают с задержкой. Национальные программы по борьбе с ТБ ежегодно предоставляют ВОЗ данные о числе случаев заболевания ТБ, диагностированных в предшествующий год, и об итоговых результатах лечения когорты пациентов, начавших лечение годом раньше.</p>
Метод оценки	<p>Предоставляется странами.</p>
Механизм мониторинга и оценки	<p>Промежуточный результат</p>
Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	<p>Региональные и глобальные оценки получают путем агрегирования национальных оценок (например, для расчета глобального уровня успешно пролеченных новых случаев ТБ с отрицательным результатом бактериоскопии мазка мокроты и успешно пролеченных новых случаев с внелегочным ТБ, сумма числа пролеченных новых случаев заболевания ТБ с</p>

	отрицательным результатом бактериоскопии мазка мокроты и пролеченных новых случаев с внелегочным ТБ в отдельных странах делится на общее число новых случаев ТБ с отрицательным результатом бактериоскопии мазка мокроты и новых случаев с внелегочным ТБ, зарегистрированных для лечения в конкретном году).
Разбивка по следующему признаку	
Единица измерения	Процент
Мультипликатор	
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	

Элемент данных	Государственные расходы на здравоохранение как % от общих расходов на здравоохранение (THE)
Название индикатора	(15) 5.1с. Бюджетные (государственные) расходы на здравоохранение как % от ВВП
Сокращенное название	ОГРЗ как % от ВВП
Вид данных	Денежные средства
Тема	Ресурсы систем здравоохранения
Обоснование	<p>Это основной индикатор систем финансирования здравоохранения. Он помогает лучше понять, каков относительный уровень государственных расходов на здравоохранение в пользу конкретного населения, выраженных в международных долларах, чтобы содействовать проведению сравнений между разными странами.</p> <p>Он включает не только те ресурсы, которые выделяются из государственного бюджета, но и расходы на здравоохранение компаний с участием государственного капитала, расходы внебюджетных организаций и, в значительной степени, обязательное медицинское страхование.</p> <p>Этот индикатор относится к ресурсам, которые собирают и объединяют государственные учреждения, включая все формы доходов.</p>
Определение	Общие расходы на здравоохранение как % от ВВП, согласно оценке ВОЗ: сумма общих государственных и личных расходов граждан на здравоохранение. Оценки для этого индикатора подготовила ВОЗ. Оценки, в максимально возможной степени, основываются на классификации национальных счетов здравоохранения (подробности можно найти в Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г.). Источниками служат как предоставленные страновые данные, так и оценки, сделанные международными организациями – МВФ, ВБ, ООН и ОЭСР. Следовательно, они могут в известной степени отличаться от официальных данных национальной статистики, которые предоставляют страны.

	<p>Общие расходы на здравоохранение в международных долларах на душу населения (с учетом ППС), согласно оценке ВОЗ: сумма общих государственных и личных расходов граждан на здравоохранение. Оценки для этого индикатора подготовила ВОЗ. Оценки, в максимально возможной степени, основываются на классификации национальных счетов здравоохранения (подробности можно найти в Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г.). Источниками служат как предоставленные страновые данные, так и оценки, сделанные международными организациями – МВФ, ВБ, ООН и ОЭСР. Следовательно, они могут в известной степени отличаться от официальных данных национальной статистики, которые предоставляют страны.</p>
Сопряженные термины	<p>Общие государственные расходы на здравоохранение (ОГРЗ) Курс «международного» доллара / ППС</p>
Предпочтительные источники данных	<p>Национальные счета здравоохранения Система административной отчетности</p>
Другие возможные источники данных	
Метод измерения	<p>Индикаторы национальных счетов здравоохранения (НСЗ) основаны на информации в отношении расходов, собираемой в рамках международно признанной системы.</p> <p>В этом индикаторе отслеживаются ресурсы всех государственных юридических лиц, выступающих в роли финансовых агентов – управляющих фондами здравоохранения, закупающих товары и услуги медицинского назначения или расплачивающихся за них.</p> <p>Стратегия НСЗ состоит в том, чтобы отслеживать регистрацию сделок, избегая двойного счета, чтобы стало возможным достижение всеобъемлющего охвата. Что особенно важно, эта стратегия должна быть комплексной, чтобы не допустить двойного счета государственных трансфертов на социальное обеспечение и внебюджетных фондов.</p> <p>Отчетность о сделках денежного и неденежного характера ведется на основе цен покупателей.</p> <p>Имеются руководства по составлению национальных счетов здравоохранения. (ОЭСР, 2000 г.; ВОЗ-Всемирный Банк-АМР США, 2003 г.).</p>
Метод оценки	<p>Были использованы серии ППС, явившиеся результатом реализации Проекта международных сопоставлений (ICP) за 2005 г. и оцененные Всемирным банком. Для тех стран, в отношении которых этих данных нет, паритеты покупательной способности (ППС) оценивает ВОЗ. В странах, где финансовый год начинается в июле, данные о расходах относятся на более поздний год (например, данные 2008 года охватят 2007-2008 финансовый год), если иное не предусмотрено для конкретной страны.</p> <p>Эти данные генерируются источниками, которые используются ВОЗ на протяжении более 10 лет. Наиболее всеобъемлющие и непротиворечивые данные в отношении финансирования здравоохранения генерируются национальными счетами здравоохранения. Не все страны имеют или обновляют НСЗ. В подобных случаях данные поступают по каналам технических контактов внутри страны, из документов, находящихся в открытом доступе, или содержатся в предоставляемых докладах, и их приводят в соответствие с системой НСЗ. Недостающие показатели оцениваются с использованием различных методов учета в зависимости от имеющихся данных по каждой стране.</p>

	<p>Основные используемые международные справочные материалы: ОГРЗ: база данных ВОЗ по национальным счетам здравоохранения.</p> <p>ППС: оценки ВБ и ВОЗ в отношении стран, для которых ВБ не публикует оценки ППС.</p> <p>Данные о численности населения имеются в Отделе по народонаселению ООН, справочнике статистических данных по вопросам здоровья ОЭСР (OECD HD) и в базе данных Евростат.</p> <p>ВОЗ ежегодно направляет оценки соответствующим министерствам здравоохранения для подтверждения их правильности.</p>
Механизм мониторинга и оценки	Вкладываемые ресурсы
Метод оценки глобальных и региональных сводных показателей	Средние показатели взвешиваются по численности населения для получения глобальных и региональных средних показателей в отношении групп населения с разным доходом (классификация Всемирного Банка) и регионов ВОЗ
Разбивка по следующему признаку	
Единица измерения	Процент, рассчитанный с использованием международного доллара по обменным курсам с учетом ППС
Мультипликатор	
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	<p>Данные в отношении оцениваемых расходов на здравоохранение собираются методом триангуляции информации, поступающей из нескольких источников, чтобы гарантировать, что расходы включают все расходы государства на здравоохранение.</p> <p>Некоторые цифры могут быть занижены – в тех случаях, когда невозможно получить данные о расходах местных органов власти, других министерств или внебюджетных организаций. Временной лаг влияет на данные регистрации добровольной и принудительной миграции населения.</p>