

Метаданные показателя ЦУР

(Гармонизированный шаблон метаданных - версия формата 1.1)

0. Информация о показателе

0.a. Цель

Цель 3: Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте

0.b. Задача

3.8. Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех

0.c. Показатель

Показатель 3.8.1 Охват основными медико-санитарными услугами

0.d. Ряд

SH_ACS_UNHC – Индекс охвата услугами всеобщего медицинского страхования (УНС) [3.8.1]

0.e. Обновление данных

15.12.2023

0.f. Связанные показатели

Индекс охвата услугами всеобщего медицинского обслуживания (УНС) предназначен для обобщения существующих показателей охвата услугами здравоохранения, чтобы обеспечить соответствие ЦУР и другим глобальным инициативам и уменьшить дублирование и бремя отчетности.

Показатель 3.8.1 всегда следует интерпретировать вместе с другим показателем УНС ЦУР, 3.8.2, который измеряет финансовую защиту.

0.g. Международные организации, ответственные за глобальный мониторинг

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

1. Данные представлены

1.a. Организация

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

2. Определения, концепции и классификации

2.a. Определения и концепции

Определение:

Охват основных медицинских услуг (определяемый как средний охват основных служб, основанный на вмешательствах, которые включают в себя репродуктивное, материнское, новорожденное и детское здоровье, инфекционные заболевания, неинфекционные заболевания и возможности и доступность услуг среди населения в целом и наиболее обездоленных).

Основные понятия:

Индекс охвата услугами здравоохранения рассчитывается как среднее геометрическое из 14 индикаторов показателя. Ниже перечислены 14 индикаторов, а подробные метаданные по каждому из компонентов приведены в Приложении 1. Ниже приведены контрольные индикаторы, организованные по четырем широким категориям охвата услугами:

I. Репродуктивное здоровье матерей, новорожденных и детей

1. Планирование семьи: Процент женщин репродуктивного возраста (15-49 лет), которые состоят в браке или во внебрачных союзах, которые нуждаются в планировании семьи, удовлетворены современными методами
2. Беременность и родовспоможение: Процент женщин в возрасте 15-49 лет с живорождением в определенный период времени, который получал дородовой уход четыре или более раз
3. Иммунизация детей: Процент младенцев, получающих три дозы вакцины против дифтерии-столбняка-коклюша
4. Лечение детей: Процент детей в возрасте до 5 лет с подозрением на пневмонию (кашель и учащенное или затрудненное дыхание из-за проблем с грудной клеткой, а не только из-за заложенного носа) в течение двух недель, предшествовавших обследованию, полученному в соответствующем медицинском учреждении или от лица, оказывающего медицинские услуги

II. Инфекционные заболевания

5. Туберкулез: Процент случаев заболевания туберкулезом, которые обнаруживаются и успешно лечатся
6. ВИЧ/СПИД: Процент людей, живущих с ВИЧ, в настоящее время получающих антиретровирусную терапию
7. Малярия: Процент населения в районах, эндемичных по малярии, которые спали в сетях, обработанных инсектицидами прошлой ночью [только для стран с высоким уровнем малярии]
8. Водоснабжение и санитария и гигиена: процент домохозяйств, использующих хотя бы базовые санитарные услуги.

III. Незаразные болезни

9. Гипертония: Распространенность лечения (приема лекарств) от гипертонии среди взрослых в возрасте 30-79 лет с гипертонией (стандартизованная по возрасту оценка) (%)
10. Диабет: стандартизованная по времени средняя глюкоза в плазме натощак (ммоль/л) для взрослых в возрасте от 18 лет и старше

11. Табак: стандартизированная по возрасту распространенность взрослых ≥ 15 лет, не курящий табак за последние 30 дней (показатель ЦУР 3.a.1, метаданные, доступные [здесь](#))

V. Потенциал обслуживания и доступность обслуживания

12. Доступ в больницу: больничные койки на душу населения, относительно максимального порога 18 на 10 000 населения

13. Кадровые ресурсы здравоохранения: профессионалы здравоохранения (врачи, психиатры и хирурги) на душу населения по отношению к максимальным пороговым значениям для каждого кадра (часть показателя ЦУР 3.c.1 см. в метаданных [здесь](#))

14. Здравоохранение: индекс основных мощностей Международных медико-санитарных правил (ММСП), который представляет собой средний процент атрибутов из 13 основных мощностей, которые были достигнуты (показатель ЦУР 3.d.1, см. метаданные [здесь](#))

2.b. Единица измерения

Индикатор представляет собой индекс, отражаемый по безразмерной шкале от 0 до 100.

2.c. Классификации

Не применимо.

3. Тип источника данных и метод сбора данных

3.a. Источники данных

Многие индикаторы показателя охвата услугами здравоохранения измеряются в обследованиях домашних хозяйств. Однако для определенных показателей используются административные данные, данные объекта, обследования объектов и системы дозорного эпиднадзора. Основные источники данных для каждого из 14 индикаторов показателя более подробно описаны в Приложении 1.

Что касается значений, используемых для вычисления индекса, то значения берутся из существующих опубликованных источников. Сюда входят собранные наборы данных и оценки различных агентств ООН. Это обобщается в приведенной выше ссылке.

3.b. Метод сбора данных

Механизмы сбора данных из стран различаются по 14 индикаторам показателя, однако во многих случаях агентство или межведомственная группа ООН собирают и анализируют соответствующие национальные источники данных, а затем проводят официальную консультацию стран с правительствами стран для обзора или подготовки сопоставимых оценок по странам. Для индекса охвата услуг УНС, когда эта существующая информация по 14 индикаторам показателя сопоставлена, ВОЗ проводит страновые консультации с назначенными координационными центрами от национальных правительств для рассмотрения материалов и расчета индекса. ВОЗ не предпринимает новых оценочных

мероприятий для получения значений индикатора показателя для индекса обслуживания; скорее, индекс предназначен для использования существующих и хорошо зарекомендовавших себя рядов показателей для снижения бремени отчетности.

3.c. Календарь сбора данных

Сбор данных варьируется от 1 до 5 лет по трассирующим индикаторам. Например, страновые данные об иммунизации и лечении ВИЧ представляются ежегодно, в то время как обследования домохозяйств для сбора информации о лечении детей могут проводиться каждые 3-5 лет, в зависимости от страны. Более подробная информация об отдельных трассирующих индикаторах доступна в Приложении 1.

3.d. Календарь выпуска данных

Первый выпуск базовых значений индекса охвата услугами (УНС) состоялся в декабре 2017 года. Обновления выпускаются каждые два года.

3.e. Поставщики данных

В большинстве случаев министерства здравоохранения и национальные статистические управления контролируют сбор данных и отчетность по показателям охвата услугами здравоохранения.

3.f. Составители данных

Всемирная организация здравоохранения с опорой на материалы других международных агентств, таких как ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС, ДЭСВ ООН, ОЭСР, Евростат, Группа Всемирного банка.

3.g. Институциональный мандат

Поддержка ВОЗ в мониторинге аспекта охвата услугами всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) (задача 3.8, в частности показатель 3.8.1) подкреплена резолюцией WHA69, в которой Секретариату предлагается отслеживать прогресс в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения (УНС) в рамках повестки дня ЦУР 2030 в области устойчивого развития.

4. Иные методологические соображения

4.a. Обоснование

Целевая задача 3.8 определяется как «Обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех». Задача заключается в том, чтобы все люди и сообщества получали необходимые им качественные медицинские услуги (включая лекарства и другие товары для здоровья) без финансовых затруднений. Для мониторинга целевой задачи 3.8 в рамках ЦУР были выбраны два показателя. Показатель 3.8.1 предназначен для охвата медицинских услуг, а в показателе 3.8.2 основное внимание уделяется расходам на здравоохранение в связи с

бюджетом домашних хозяйств с целью выявления финансовых трудностей, вызванных прямыми платежами в области здравоохранения. В совокупности показатели 3.8.1 и 3.8.2 предназначены для охвата и размеров финансовой защиты, соответственно, целевой задачи 3.8. Эти два показателя должны всегда контролироваться совместно.

Страны предоставляют множество основных услуг для охраны здоровья, поощрения, профилактики, лечения и ухода. Показатели охвата услугами, определяемые как люди, получающие необходимую им услугу, являются наилучшим способом отслеживания прогресса в предоставлении услуг в рамках универсального медицинского обслуживания (УНС). Поскольку для мониторинга УНС недостаточно одного индикатора службы здравоохранения, индекс создается из 14 индикаторов показателя, выбранных на основе эпидемиологических и статистических критериев. Это включает в себя несколько показателей, которые уже включены в другие целевые показатели ЦУР, тем самым сводя к минимуму сбор данных и отчетность. Индекс указывается на единичной шкале от 0 до 100, при этом 100 является оптимальным значением.

4.b. Комментарии и ограничения

Эти контрольные показатели предназначены для определения охвата услугами, а не для полного или исчерпывающего перечня медицинских услуг и мероприятий, необходимых для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. 14 индикаторов показателей были отобраны потому, что они хорошо известны, а имеющиеся данные широко представлены странами (или ожидается, что они станут широко доступными в ближайшее время). Таким образом, индекс может быть рассчитан с использованием существующих источников данных и не требует инициирования новых усилий по сбору данных исключительно для информирования индекса.

4.c. Метод расчета

Индекс рассчитывается с помощью среднего геометрического, основанного на методах, используемых для Индекса развития человеческого потенциала. Для расчета показателя 3.8.1 необходимо сначала подготовить 14 индикаторов показателя, чтобы их можно было объединить в индекс, а затем вычислить индекс из этих значений.

14 индикаторов показателя сначала помещаются в один и тот же масштаб, причем 0 является самым низким значением, а 100 – оптимальным. Для большинства показателей эта шкала является естественной шкалой измерения, например, процент младенцев, которые были иммунизированы, колеблется от 0 до 100 процентов. Однако для нескольких индикаторов требуется преобразование и/или масштабирование для получения соответствующих значений от 0 до 100, а именно:

Преобразование

Распространенность употребления табака конвертируется в распространенность неупотребления табака, так что увеличение означает улучшение.

Перемасштабирование

- Перемасштабирование на основе ненулевого минимума для получения более точного разрешения (это «растягивает» распределение по странам): распространенность неупотребления табака перемасштабируется с использованием минимального значения 30%, что указывает на реалистичный диапазон уровней распространенности для индикатор.

$$\text{неупотребление табака после масштабирования} = (X-30)/(100-30)*100$$

- Перемасштабирование для непрерывного измерения: среднее значение уровня глюкозы в плазме натощак, которое является непрерывным измерением (единицы ммоль/л), преобразуется в шкалу от 0 до 100 с использованием минимального теоретического биологического риска (5,1 ммоль/л) и наблюдаемого максимума в разных странах. (7,1 ммоль/л).

$$\text{перемасштабированное значение} = (7,1 - \text{исходное значение}) / (7,1-5,1) * 100$$

- Максимальные пороговые значения для индикаторов скорости: плотность больничных коек и плотность медицинского персонала ограничиваются максимальными пороговыми значениями, а значения выше этого порога остаются постоянными на уровне 100. Эти пороговые значения основаны на минимальных значениях, наблюдаемых в странах ОЭСР (База данных статистики здравоохранения ОЭСР, издание 2015 г.)

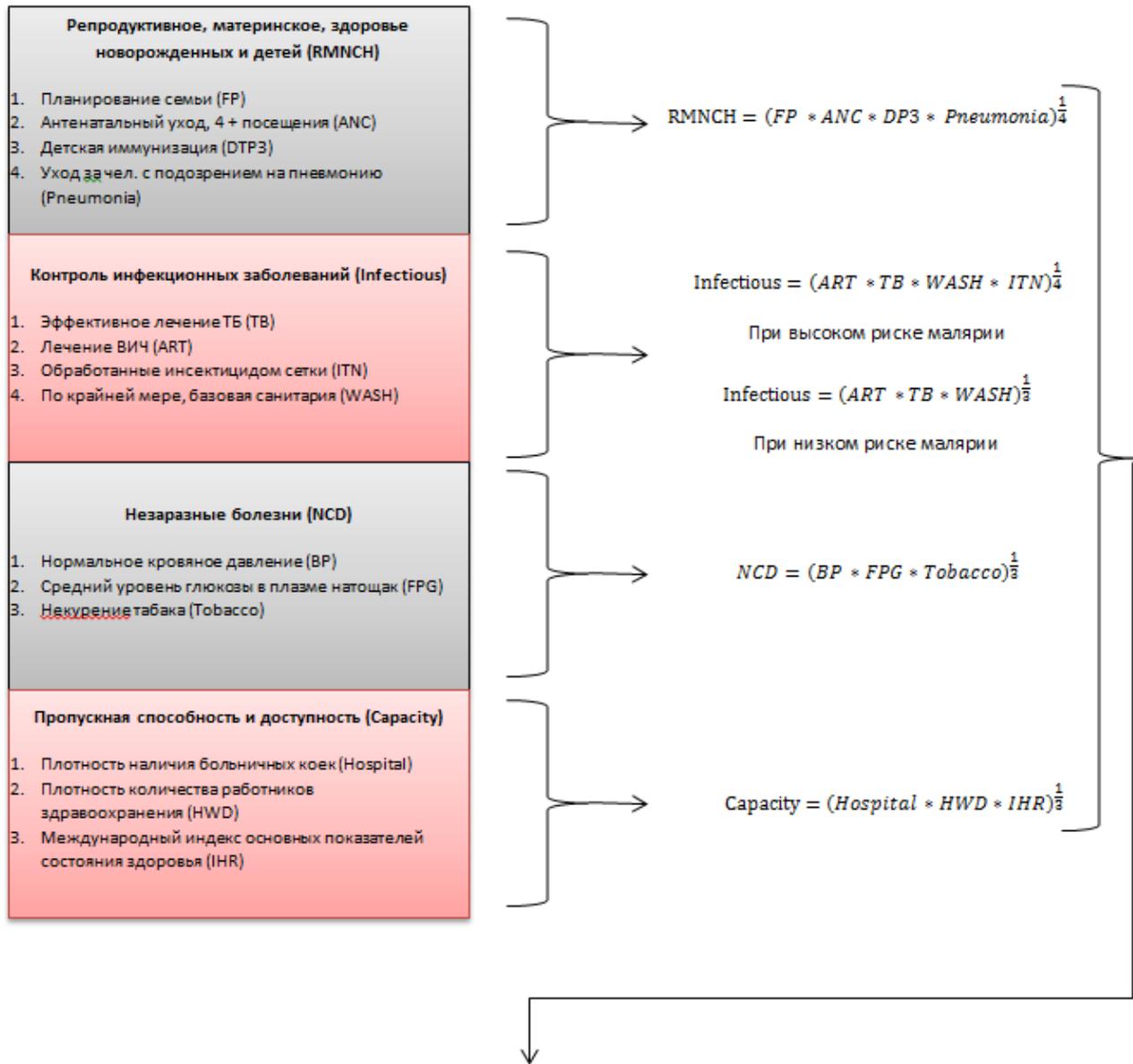
Перемасштабированное кол-во больничных коек на 10 000 = минимум (100, исходное значение / 18 * 100)

перемасштабированное число врачей на 1000 = минимум (100, исходное значение / 0,9 * 100)

перемасштабированное число психиатров на 100 000 = минимум (100, исходное значение / 1 * 100)

перемасштабированное число хирургов на 100 000 = минимум (100, исходное значение / 14 * 100)

Как только все значения индикатора показателя окажутся в масштабе от 0 до 100, геометрические средства вычисляются в каждой из четырех областей службы здравоохранения, а затем берутся геометрические значения этих четырех значений. Если значение индикатора показателя оказывается равным нулю, оно устанавливается равным 1 (из 100) или 100 (из 100) соответственно, прежде чем вычислять среднее геометрическое значение. На диаграмме показаны расчеты.



Обратите внимание, что в странах с низким риском малярии индикатор показателя для использования обработанных инсектицидами сеток исключается из расчета.

4.d. Валидация

Качество данных, полученных для расчета индекса, обычно уже проверено с помощью отдельных процессов. Однако перед проведением консультаций со странами проводится оценка качества (т. е. выявление важных отклонений или существенной разницы между последним обновлением и следующим обновлением за тот же год). Оценки индекса включены в консультацию для получения обратной связи от страны. Данные пересматриваются по мере необходимости с учетом охвата дородовой помощью и плотности больничных коек. Пересмотр всех остальных показателей должен осуществляться в соответствии с уже существующим механизмом отчетности.

Информацию о проверке конструкции индекса можно найти в следующей статье:

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30472-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30472-2/fulltext)

4.e. **Корректировки**

Не применимо.

4.f. **Обработка отсутствующих значений (i) на уровне страны и (ii) на региональном уровне**

- **На уровне страны:**

Отправной точкой для вычисления индекса является сбор существующей информации для каждого индикатора показателя. Во многих случаях это связано с использованием страновых временных рядов, которые были созданы или сопоставлены агентствами ООН в консультации с правительствами стран (например, охват иммунизацией, доступ к санитарии, охват лечением ВИЧ и т.д.). Некоторые из этих опубликованных временных рядов включают в себя математическое моделирование для согласования нескольких источников данных или передачи недостающих значений, и эти детали суммируются в Приложении 1.

После сборки этих материалов по некоторым показателям по-прежнему отсутствуют значения для некоторых стран-лет. Для расчета индекса охвата услуг УНС требуются значения для каждого индикатора показателя для страны, поэтому для заполнения этих пробелов данных требуется некоторое вменение. Текущий подход включает простой алгоритм вменения. Для каждого индикатора:

- Если в стране отсутствуют значения в течение двух лет со значениями, линейная интерполяция используется для заполнения отсутствующих значений за прошедшие годы
- Если страна имеет исторические годы со значениями, но не имеет текущего значения, постоянная экстраполяция используется для заполнения пропущенных значений до текущего года
- Если у страны значение отсутствует, оно вменяется. Для обращения за медицинской помощью при пневмонии и плотности хирургов регрессия подходит для заполнения отсутствующих значений (подробности см. в Приложении 1). Для всех других показателей рассчитывается региональная медиана для заполнения отсутствующих значений. Регионы основаны на географических регионах Всемирного банка с отдельной группой традиционных стран с высоким уровнем дохода.

Учитывая сроки и распределение различных обследований состояния здоровья и других механизмов сбора данных, страны не собирают и не сообщают обо всех 14 индикаторов показателя охвата услугами здравоохранения на ежегодной основе. Следовательно, степень, в которой вменение используется для заполнения недостающей информации, следует сообщать вместе со значением индекса. И мониторинг на страновом уровне наиболее целесообразно проводить на более широких временных интервалах, например,

каждые 5 лет, чтобы обеспечить возможность сбора новых данных по индикаторам. Таким образом, вместе со значением индекса следует сообщать о степени использования вменения для восполнения недостающей информации.

- **На региональном и глобальном уровнях:**

Любое необходимое вменение производится на уровне страны. Затем эти значения для страны можно использовать для расчета региональных и глобальных значений.

4.g. Региональное агрегирование

Региональные и глобальные агрегаты используют оценки населения Организации Объединенных Наций на уровне страны для расчета средневзвешенного значения странового индекса. Это оправдано, поскольку УНС является достоянием стран, а индекс основных услуг является суммарным показателем доступа к основным услугам для населения каждой страны. Оценки численности населения Организации Объединенных Наций на страновом уровне используются для обеспечения согласованности и сопоставимости оценок внутри стран и между странами во времени.

4.h. Доступные странам методы для сбора данных на национальном уровне

Не применимо

4.i. Управление качеством

Не применимо

4.j. Гарантия качества

Не применимо

4.k. Оценка качества

См. раздел 4.d Валидация

5. Доступность и дезагрегация данных

Доступность данных:

Обобщить доступность данных для индекса охвата услугами УНС непросто, поскольку для 14 показателей отслеживания используются разные источники данных. Кроме того, для многих показателей были получены сопоставимые оценки, во многих случаях использующие различные типы базовых источников данных для обоснования оценок, а также использующие прогнозы для условного исчисления отсутствующих значений.

Временные ряды:

Базовое значение индекса охвата услугами УНС за 2015 г. в 183 странах было опубликовано в конце 2017 г. В рамках этого процесса были собраны источники данных, относящиеся к 2000 г. В 2019 году индекс охвата услугами УНС рассчитывался за годы: 2000, 2005, 2010, 2015 и 2017. В 2021 году индекс оценивался за все годы с 2000 по 2019 год и для всех стран.

Дезагрегация:

Справедливость играет центральную роль в определении УНС, поэтому индекс охвата услуг УНС следует использовать для передачи информации о неравенствах в охвате

услугами внутри стран. Это можно сделать, представив индекс отдельно для населения страны и малообеспеченных слоев населения, чтобы выявить различия между ними.

Для стран географическое местоположение, по всей вероятности, является наиболее осуществимым аспектом для дезагрегации на субнациональном уровне на основе средних уровней охвата, измеренных с использованием существующих источников данных. Для этого индекс УНС может быть вычислен отдельно, например, по районам страны или по городам и сельской местности, что позволит проводить субнациональные сравнения охвата территории услугами. В настоящее время наиболее доступными данными для дезагрегации по другим аспектам неравенства, таким как благосостояние домашних хозяйств, является показатель охвата категории репродуктивных, материнских, новорожденных и детей. Неравенство, наблюдаемое в этом измерении, можно использовать в качестве прокси для понимания различий в охвате услугами по ключевым измерениям неравенства. Этот подход следует заменить полной дезагрегацией всех 14 индикаторов показателя, как только данные будут доступны для этого.

6. Сопоставимость / отклонение от международных стандартов

Источники расхождений:

Индекс охвата услугами основан на существующих общедоступных данных и оценках индикаторов отслеживания. Эти цифры уже прошли процесс консультаций со страной (например, по охвату иммунизацией) или взяты непосредственно из данных, представленных страной.

7. Ссылки и документы

URL:

<https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage>

Использованные документы:

<https://www.who.int/publications/i/item/tracking-universal-health-coverage>

[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(17\)30472-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(17)30472-2.pdf)

<https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage>

Ретроспективное развитие методов см.:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565264>

<https://www.who.int/publications/i/item/monitoring-progress-towards-universal-health-coverage-at-country-and-global-levels-framework-measures-and-targets>

<http://collections.plos.org/uhc2014>

Приложение 1: Метаданные индикаторов, используемых для измерения охвата основными услугами здравоохранения для мониторинга показателя 3.8.1 ЦУР.

Пожалуйста, направляйте любые комментарии или вопросы по адресу: uhc_stats@who.int

Область индикатора	Планирование семьи
Определение индикатора	Процент женщин репродуктивного возраста (15-49 лет), которые состоят в браке или в союзе, которые нуждаются в планировании семьи, удовлетворены современными методами.
Числитель	Число женщин в возрасте 15-49 лет, которые состоят в браке или в союзе, которые используют современные методы.
Знаменатель	Общее число женщин в возрасте 15-49 лет, которые состоят в браке или в союзе, нуждающихся в планировании семьи
Основные источники данных	Обследования здоровья населения
Метод расчета	<p>Обследования домашних хозяйств включают в себя ряд вопросов для измерения современного уровня распространенности контрацептивов и спроса на планирование семьи. Общий спрос на планирование семьи определяется как сумма числа женщин репродуктивного возраста (15-49 лет), которые состоят в браке или в союзе и которые в настоящее время используют, или чей сексуальный партнер в настоящее время использует, по крайней мере, один метод контрацепции, и неудовлетворенная потребность в планировании семьи. Неудовлетворенной потребностью в планировании семьи является доля женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) либо замужем, либо в консенсуальном союзе, которые являются полноценными и сексуально активными, но не используют какой-либо метод контрацепции (современный или традиционный) и сообщают, не желая больше детей или желающих отсрочить рождение своего следующего ребенка в течение как минимум двух лет. Включены:</p> <ol style="list-style-type: none">1. все беременные женщины (замужние или в консенсуальном союзе), беременность которых была нежелательной или ошибочной во время зачатия;2. все послеродовые аменоретические женщины (женатые или в консенсуальном союзе), которые не используют планирование семьи и чье последнее рождение было нежелательным или ошибочным;3. все женщины, способные родить (женатые или консенсуальные союзы), которые не беременны и не находятся в состоянии послеродовой аменореи, и которые либо не хотят больше детей (хотят ограничить размер семьи), либо желают отложить рождение ребенка по крайней мере два года или не знают, когда они хотят другого ребенка (хотят перерыв между родами), но не используют какой-либо метод контрацепции. <p>Современные методы включают стерилизацию женщин и мужчин, внутриматочное устройство (IUD), имплантат, инъекционные препараты, оральные контрацептивные таблетки, мужские и женские</p>

	<p>презервативы, вагинальные барьерные методы (включая диафрагму, шейку матки и спермицидную пену, желе, сливки и губку), метод лактационной аменореи (LAM), экстренная контрацепция и другие современные методы, не сообщаемые отдельно.</p>
Метод оценки	<p>Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций выпускает систематическую и всеобъемлющую серию ежегодных оценок и прогнозов процентной доли спроса на планирование семьи, которая удовлетворена среди замужних или женщин, состоящих в союзе. Байесовская иерархическая модель в сочетании с данными по конкретным странам используется для формирования оценок, прогнозов и оценок неопределенности по данным опроса. Модель учитывает различия по источникам данных, выборке населения и методам контрацепции. Смотрите здесь для подробностей: https://www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators</p> <p>Сбор данных по данным исследования по использованию контрацептивов в мире: https://www.un.org/development/desa/pd/node/3285</p>
Заметки по УНС	

Область индикатора	Беременность и роды
Определение индикатора	Процент женщин в возрасте 15-49 лет, родивших живыми за определенный период времени, которые получали дородовую помощь четыре или более раз
Числитель	Число женщин в возрасте 15-49 лет, родивших живыми за определенный период времени, которые получали дородовую помощь четыре или более раз
Знаменатель	Общее число женщин в возрасте 15-49 лет, родивших живыми за тот же период
Основные источники данных	Обследования домашних хозяйств и обычные информационные системы учреждений
Метод расчета	<p>Данные о четырех или более посещениях дородового наблюдения основаны на вопросах, касающихся того, проверялось ли и сколько раз состояние здоровья женщины во время беременности. Обследования домохозяйств, которые могут генерировать этот показатель, включают DHS, MICS, RHS и другие обследования, основанные на аналогичных методологиях.</p> <p>Системы отчетности об услугах/средствах можно использовать там, где охват высок, обычно в странах с более высоким уровнем дохода.</p>
Метод оценки	ВОЗ ведет базу данных об охвате дородовой помощью: http://apps.who.int/gho/data/node.main.ANTENATALCARECOVERAGE4
Заметки по УНС	В идеале этот показатель можно было бы заменить более комплексным показателем помощи при беременности и родах, например, долей женщин, у которых есть квалифицированный медработник, принимающий роды или роды в специализированных учреждениях. Проблема измерения квалифицированного родовспоможения заключается в том, чтобы определить, какие медработники являются «квалифицированными».

Область индикатора	Детская иммунизация
Определение индикатора	Процент младенцев, получавших три дозы вакцины против дифтерии-столбняка-коклюша
Числитель	Дети в возрасте 1 года, которые получили три дозы вакцины против дифтерии-столбняка-коклюша
Знаменатель	Все дети в возрасте 1 года
Основные источники данных	Обследования домашних хозяйств и информационные системы объектов.
Метод расчета	Для данных обследований статус вакцинации детей в возрасте от 12 до 23 месяцев собирается из карт здоровья ребенка или, если нет карты, из отзыва со стороны опекуна. Для административных данных извлекается общее количество доз, назначаемых целевой группе.
Метод оценки	Вместе ВОЗ и ЮНИСЕФ получают оценки охвата ДТрЗ на основе данных, официально сообщенных ВОЗ и ЮНИСЕФ государствами-членами, а также данных, представленных в опубликованной и серой литературе. Они также консультируются с местными экспертами – в первую очередь с национальными менеджерами по охране окружающей среды и сотрудниками региональных отделений ВОЗ – за дополнительной информацией о выполнении конкретных местных служб иммунизации. Исходя из имеющихся данных, рассмотрения потенциальных предвзятостей и вкладов местных экспертов, ВОЗ/ЮНИСЕФ определяет наиболее вероятный истинный уровень охвата иммунизацией. Более подробную информацию смотрите здесь: https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/global-monitoring/immunization-coverage/who-unesco-estimates-of-national-immunization-coverage
Заметки по УНС	Существует изменчивость национальных графиков вакцинации в разных странах. Учитывая это, одним из вариантов мониторинга полной иммунизации детей является мониторинг доли детей, получающих вакцины, включенных в национальный график своей страны. Второй вариант, который может быть более сопоставим по странам и времени, заключается в мониторинге покрытия ДТрЗ в качестве прокси для полной иммунизации детей. Вакцина, содержащая дифтерий-столбняк-коклюш, часто включает в себя другие вакцины, например, против гепатита В и гемофильного гриппа типа В, и является разумным показателем того, в какой степени в стране существует надежная платформа доставки вакцин.

Область индикатора	Лечение детей (уход за симптомами пневмонии)
Определение индикатора	Процент детей в возрасте до 5 лет с подозрением на пневмонию (кашель и затрудненное дыхание из-за проблемы с грудью, а не только из-за заложенного носа) за 2 недели, предшествовавшие обследованию, которым была необходима консультация или лечение в медицинском учреждении или от медицинского работника
Числитель	Число детей с подозрением на пневмонию (кашель и затрудненное дыхание из-за проблемы с грудью, а не только из-за заложенного носа) за 2 недели, предшествующие обследованию, предшествовавшие обследованию, которым была необходима консультация или лечение в медицинском учреждении или от медицинского работника
Знаменатель	Число детей с подозрением на пневмонию (кашель и затрудненное дыхание из-за проблемы с грудью, а не только из-за заложенного носа) за 2 недели, предшествующие обследованию, предшествовавшие обследованию
Основные источники данных	Обследования домохозяйств
Метод расчета	Этот показатель учитывается в ходе обследований домохозяйств, включая DHS, MICS и другие общенациональные обследования населения, и предназначен для использования в условиях высокой смертности среди детей в возрасте до 5 лет для мониторинга усилий по снижению смертности от острых респираторных инфекций (включая пневмонию), которые являются основной причиной смерти детей в возрасте до 5 лет. Техническая консультативная группа по отслеживанию подотчетности в отношении здоровья детей (CHAT TAG), созданная ВОЗ и ЮНИСЕФ, ратифицировала этот показатель и работает над стандартизацией его использования в обследованиях домохозяйств. ВОЗ/ЮНИСЕФ ведет базу данных наблюдений на уровне стран по результатам обследований домохозяйств, доступ к которым можно получить здесь: https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/
Метод оценки	ЮНИСЕФ и ВОЗ поддерживают базу данных по этому показателю и работают над обеспечением сопоставимости представленных значений, используя одно и то же определение показателя.
Заметки по УНС	Этот показатель обычно не измеряется в странах с более высоким уровнем дохода с хорошо зарекомендовавшими себя системами здравоохранения. Для стран, не имеющих наблюдаемых данных, охват оценивался по регрессии, которая предсказывает охват по уходу за симптомами пневмонии (по шкале logit), полученной из базы данных ВОЗ, описанной выше, в зависимости от журнала оценочных данных, пять смертей от пневмонии, которые можно найти здесь: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html

Область индикатора	Лечение туберкулеза
Определение индикатора	Процент случаев заболевания туберкулезом, которые были обнаружены и вылечены в течение данного года
Числитель	Число новых случаев и случаев рецидивов, выявленных и вылеченных в течение данного года
Знаменатель	Количество новых случаев и рецидивов в том же году
Основные источники данных	Информационные системы, системы эпиднадзора, демографические обследования населения с диагностическим тестом на туберкулез, регистрацию туберкулеза и соответствующую квартальную систему отчетности (или электронные регистраторы туберкулеза)
Метод расчета	<p>Для этого индикатора требуются два основных входа:</p> <p>(1) Число новых и рецидивирующих случаев туберкулеза диагностировано и лечится в национальных программах борьбы с туберкулезом и уведомлено ВОЗ в конкретном году.</p> <p>(2) Число случаев заболевания туберкулезом в том же году, как правило, оценивается ВОЗ.</p> <p>Конечный индикатор = (1) / (2)</p>
Метод оценки	<p>Оценки заболеваемости туберкулезом производятся в рамках консультативного и аналитического процесса, возглавляемого ВОЗ, и публикуются ежегодно. Эти оценки основаны на ежегодных уведомлениях о случаях, оценках качества и охвата данных уведомления о туберкулезе, национальных обследованиях распространенности заболевания туберкулезом и информации о смертельных (жизненно важных) системах регистрации. Оценки заболеваемости для каждой страны производятся с использованием одного или нескольких из следующих подходов в зависимости от имеющихся данных:</p> <ol style="list-style-type: none">заболеваемость = уведомления о случаях/оценочная доля выявленных случаев;заболеваемость = распространенность/продолжительность заболевания;заболеваемость = смертность/доля случаев инцидентов, которые умирают. <p>Были внедрены динамические и статистические модели для получения оценок на 2020 и 2021 годы, которые учитывают основные нарушения в предоставлении и доступе к услугам по диагностике и лечению туберкулеза, которые произошли в контексте пандемии коронавируса (COVID-19).</p> <p>Эти оценки заболеваемости туберкулезом сочетаются с предоставленными странами данными о количестве выявленных и пролеченных случаев, а также проценте успешно вылеченных случаев, как описано выше.</p>
Заметки по УНС	Чтобы вычислить индикатор с использованием оценок ВОЗ, можно получить доступ к необходимым файлам здесь: http://www.who.int/tb/country/data/download/en/ , и вычислить индикатор как $as = c \text{ cdr}$

Область индикатора	Лечение ВИЧ
Определение индикатора	Процент людей, живущих с ВИЧ, в настоящее время получающих антиретровирусную терапию (АРТ)
Числитель	Число взрослых и детей, которые в настоящее время получают АРТ на конец отчетного периода
Знаменатель	Число взрослых и детей, живущих с ВИЧ, за тот же период
Основные источники данных	Системы отчетности по объектам, дозорные пункты эпиднадзора, обследования населения
Метод расчета	<p>Числитель: числитель может быть сгенерирован путем подсчета числа взрослых и детей, которые получили антиретровирусную комбинированную терапию в конце отчетного периода. Данные можно собирать из реестров АРТ, основанных на объектах, или систем управления лекарственными средствами. Затем они подсчитываются и переводятся в ежемесячные или квартальные отчеты в поперечном разрезе, которые затем могут быть объединены для национальных итогов. Пациенты, получающие АРТ в частном секторе и в государственном секторе, должны быть включены в числитель.</p> <p>Знаменатель: данные о числе людей с ВИЧ-инфекцией могут поступать из опросов населения или, как это принято в странах Африки к югу от Сахары, систем эпиднадзора на базе клиник дородовой помощи.</p>
Метод оценки	<p>Оценки охвата антиретровирусным лечением людей, живущих с ВИЧ, за 2000–2018 годы получены в рамках раунда оценки ЮНЭЙДС 2019 года. Чтобы оценить количество людей, живущих с ВИЧ, во время пребывания в странах с высоким бременем, ЮНЭЙДС в сотрудничестве со странами использует эпидемическую модель (Spectrum), которая объединяет данные эпиднадзора о распространенности с текущим числом пациентов, получающих АРТ, и предположения о естественной истории прогрессирования болезни ВИЧ.</p> <p>Поскольку АРТ сейчас рекомендуется для всех людей, живущих с ВИЧ, мониторинг АРТ менее сложный, чем раньше, когда только те, у кого определенный уровень тяжести заболевания, имеют право на получение АРТ.</p> <p>Оценки охвата АРТ можно найти здесь: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-antiretroviral-therapy-coverage-among-people-living-with-hiv-(-)</p>
Заметки по УНС	Сопоставимые оценки охвата АРТ в странах с высокими доходами, в частности временные тенденции, не всегда доступны.

Область индикатора	Предотвращение малярии
Определение индикатора	Процент населения в эндемичных по малярии районах, которые спали под ITN накануне вечером.
Числитель	Число людей в эндемичных по малярии областях, которые спали под ITN.
Знаменатель	Общее количество людей в эндемичных районах малярии.
Основные источники данных	Данные о доступе к домохозяйству и использовании ITN поступают из общенациональных репрезентативных обследований домашних хозяйств, таких как демографические и медицинские обследования, групповые обследования с несколькими показателями и обследования показателей по малярии. Данные о количестве ITN, поставляемых производителями в страны, составляются Milliner Global Associates, а данные о количестве ITN, распространяемых внутри стран, сообщаются Национальными программами борьбы с малярией.
Метод расчета	Во многих недавних национальных обследованиях сообщается о количестве ITN, наблюдаемых в каждом домохозяйстве-респонденте. Оценки владения могут быть преобразованы в долю людей, спящих в ITN, используя линейную зависимость между доступом и использованием, полученную из 62 опросов, которые собирают информацию по обоим показателям.
Метод оценки	Математические модели могут использоваться для объединения данных обследований домашних хозяйств по доступу и использованию с информацией о поставках ITN от производителей и распределении ITN по национальным программам борьбы с малярией для получения ежегодных оценок охвата ITN. ВОЗ использует этот подход в сотрудничестве с проектом «Атлас малярии». Методологические подробности можно найти на 122-123 Всемирного доклада о малярии 2021 года: https://www.who.int/publications/i/item/9789240040496 .
Заметки по УНС	ВОЗ производит сопоставимые оценки охвата ITN для 40 из 47 эндемичных по малярии стран или районов Африки к югу от Сахары. Острова Майотта (по которым не было данных о доставке или распространении ITN) и Кабо-Верде (которое не распространяет ITN) были исключены, а также страны с низким уровнем передачи: Эсватини, Намибия, Сан-Томе и Принсипи и Южная Африка, ITN которых составляют небольшую долю средств борьбы с переносчиками инфекции. Анализы были ограничены группами населения, отнесенными NMPs к группе риска. В других странах покрытие ITN не включено в индекс охвата услугами УНС из-за ограничений данных.

Область индикатора	Водоснабжение, санитария и гигиена
Определение индикатора	Процент домохозяйств, использующих улучшенные санитарные условия
Числитель	Численность населения, пользующегося базовыми услугами санитарии, а также тех, кто пользуется услугами санитарии, организованными с соблюдением требований безопасности. Улучшенные санитарно-технические сооружения включают туалеты со смывом/проливным смывом, подключенные к канализационным системам, септикам или выгребным ямам; выгребные ямы с плитами (в том числе вентилируемые выгребные ямы) и биотуалеты
Знаменатель	Общая численность населения
Основные источники данных	Обследования домашних хозяйств и переписи населения
Метод расчета	Данные об улучшенных санитарно-технических сооружениях регулярно собираются в ходе обследований и переписей домохозяйств. Эти источники данных могут также собирать информацию о совместном использовании санитарно-технических сооружений двумя или более домохозяйствами, а также об опорожнении местных санитарно-технических сооружений. Ответы на уровне домохозяйств, взвешенные по размеру домохозяйства, используются для расчета охвата населения.
Метод оценки	<p>Совместная программа ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу водоснабжения, санитарии и гигиены (СПМ) отвечает за отчетность по ЦУР в области питьевой воды, санитарии и гигиены (ВСГ) и с 2000 года производит регулярные оценки охвата населения, пользующегося хотя бы базовыми услугами санитарии.</p> <p>СПМ собирает, анализирует и оценивает национальные данные, собранные статистическими управлениями и другими соответствующими учреждениями, включая отраслевые органы. Линейная регрессия используется для получения оценок населения, пользующегося улучшенными санитарно-техническими средствами, а также доли населения, практикующего открытую дефекацию. Регрессии также сделаны для оценки населения, использующего улучшенные санитарно-технические сооружения, подключенные к канализации и септикам; они ограничены, чтобы не превышать оценки общего числа улучшенных объектов. Доля населения, пользующегося канализационными и не канализационными санитарно-техническими сооружениями, оценивается путем усреднения всех имеющихся данных о совместном использовании, полученных в результате обследований домохозяйств и переписей. Базовые санитарно-технические услуги рассчитываются путем умножения доли населения, пользующегося улучшенными санитарно-техническими средствами, на долю улучшенных санитарно-технических сооружений, которые не используются двумя или более домохозяйствами. Отдельные оценки производятся для городских и сельских районов, а национальные оценки рассчитываются как средневзвешенные значения двух с использованием данных о населении из самого последнего доклада Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Самое последнее обследование домохозяйств или перепись, доступная для большинства стран, как правило, проводилась от двух до шести лет назад. СПМ экстраполирует регрессии на два года после последней доступной</p>

	<p>точки данных. После этого значения оценки остаются неизменными на срок до четырех лет, за исключением случаев, когда охват составляет менее 0,5 процента или выше 99,5 процента, и в этом случае линия продлевается на неопределенный срок. Для получения дополнительной информации см. https://washdata.org/monitoring/methods/estimation-methods.</p>
Заметки по УНС	<p>Глобальный показатель ЦУР «доля населения, использующего безопасно организованные санитарные услуги» (ЦУР 6.2.1a) представляет собой расширенную версию показателя ЦРТ, который дополнительно учитывает безопасное управление экскрементами по всей цепочке санитарии, включая обработку и удаление. Этот показатель не используется для мониторинга ВОУЗ из-за низкой доступности данных.</p>

Область индикатора	Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний
Определение индикатора	Число взрослых в возрасте 30-79 лет, принимавших лекарства от гипертонии
Числитель	Число взрослых в возрасте 30–79 лет, принимавших лекарства от гипертонии
Знаменатель	Число взрослых в возрасте 30–79 лет с гипертонией (определяется как имеющие систолическое артериальное давление ≥ 140 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление ≥ 90 мм рт. ст. или принимающие лекарства от гипертонии)
Основные источники данных	Обследования населения и системы эпиднадзора
Метод расчета	<p>Используются источники данных, регистрирующие измеренное артериальное давление (данные, сообщаемые самостоятельно, исключаются). Если у одного участника измеряется несколько показаний артериального давления, первое показание отбрасывается, а остальные показания усредняются. Принимаются ли лекарства от гипертонии, можно оценить с помощью вопросов, сформулированных в виде вариантов «Принимаете ли вы в настоящее время какие-либо лекарства, таблетки или таблетки от высокого кровяного давления?» или «Принимали ли вы за последние 2 недели какие-либо препараты (лекарства) от повышенного артериального давления, назначенные врачом или другим медицинским работником?» В исследованиях по сбору информации о назначенных лекарствах данные опроса могут использоваться для установления того, что целью приема препарата, снижающего артериальное давление, было именно лечение гипертонии.</p>
Метод оценки	<p>Полную информацию о методах ввода и данных можно найти по адресу: Сотрудничество по факторам риска НИЗ (NCD-RisC). Мировые тенденции распространенности гипертонии и прогресс в лечении и контроле с 1990 по 2019 год: объединенный анализ 1201 репрезентативного исследования населения с 104 миллионами участников. The Lancet S0140-6736(21)01330-1 (https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(21)01330-1/fulltext). В общей сложности 1201 популяционное исследование, которое включало измерение артериального давления и данные о лечении артериального давления у 104 миллионов человек в возрасте 30-79 лет, было</p>

	использовано для оценки тенденций в гипертонии, ее диагностике, лечении и контроле с 1990 по 2019 год. Стандартизировано по возрасту. оценки производятся путем применения грубых оценок к стандартной популяции ВОЗ.
Заметки по УНС	

Область индикатора	Контроль диабета
Определение индикатора	Стандартизованный по возрасту средний уровень глюкозы в плазме натощак для взрослых в возрасте от 18 лет и старше
Основные источники данных	Обследования населения и системы эпиднадзора
Метод расчета	Уровни глюкозы в плазме натощак (FPG) определяются путем взятия образца крови у участников, которые голодали по меньшей мере 8 часов. Другие связанные биомаркеры, такие как гемоглобин A1c (HbA1c), использовались для расчета оценок (см. ниже).
Метод оценки	Для получения сопоставимых национальных оценок данные наблюдений, основанные на среднем FPG, оральном тесте на толерантность к глюкозе (OGTT), HbA1c или их комбинациях, все превращаются в средние FPG. Затем к этим данным привязана байесовская иерархическая модель для расчета распространенности удельного веса в зависимости от возраста и пола в стране, в которой учитываются национальные и субнациональные источники данных, источники данных о городских и сельских источниках, а также учитываются различия в распространенности по возрасту и полу. Стандартизованные по возрасту оценки затем производятся путем применения приблизительных оценок к Стандартной группе ВОЗ. Методологические подробности можно найти здесь: https://www.who.int/diabetes/global-report/en/
Заметки по УНС	<p>FPG человека может быть низким из-за эффективного лечения с помощью снижения уровня глюкозы или потому, что индивидуум не диабетичен в результате деятельности по укреплению здоровья или других факторов, таких как генетика. Таким образом, среднее значение FPG является показателем как эффективного продвижения здоровых диет и поведения, так и эффективного лечения диабета.</p> <p>Приведенные выше оценки сделаны отдельно для мужчин и женщин; для индикаторного показателя ВОУЗ рассчитывается простое среднее значений для мужчин и женщин. Показатель, представляющий собой непрерывную меру (единицы ммоль/л), преобразуется в шкалу от 0 до 100 с использованием минимального теоретического биологического риска (5,1 ммоль/л) и наблюдаемого максимума в разных странах (7,41 ммоль/л).</p> <p>измененное значение = $(7,41 - \text{исходное значение}) / (7,41 - 5,1) * 100$</p>

Область индикатора	Контроль употребления табака
Определение индикатора	Стандартизированный по возрасту процент населения в возрасте 15 лет и старше, который в настоящее время употребляет любое табачное изделие (курительный и/или бездымный табак) на ежедневной или некаждодневной основе
Числитель	Приблизительное количество взрослых в возрасте 15 лет и старше, которые в настоящее время употребляют любые табачные изделия (курительный и/или бездымный табак) ежедневно или раз в день.
Знаменатель	Общее количество взрослых 15 лет и старше
Основные источники данных	Обследования домашних хозяйств
Метод расчета	Табачные изделия включают сигареты, трубки, сигары, сигариллы, кальяны, биди, кретек, изделия из нагреваемого табака и все формы бездымного (перорального и носового) табака. Табачные изделия не включают электронные сигареты (не содержащие табак), «электронные сигары», «электронные кальяны», JUUL и «электронные трубки».
Метод оценки	Статистическая модель, основанная на байесовской отрицательной биномиальной метарегрессии, используется для моделирования распространенности употребления табака в настоящее время для каждой страны, отдельно для мужчин и женщин. Полное описание метода доступно в виде рецензируемой статьи в The Lancet, том 385, № 9972, стр. 966–976 (2015). После того, как показатели распространенности по возрасту и полу из национальных обследований были объединены в набор данных, модель стала пригодной для расчета оценок тенденций за период с 2000 по 2025 год. Модель состоит из двух основных компонентов: (а) корректировка отсутствующих показателей и возрастные группы и (б) получение оценки тенденций с течением времени, а также 95% достоверного интервала вокруг оценки. В зависимости от полноты/всеобъемлемости данных обследования из конкретной страны модель иногда использует данные из других стран для заполнения информационных пробелов. Когда в стране проводится менее двух общенациональных репрезентативных обследований населения в разные годы, не предпринимается никаких попыток заполнить пробелы в данных и расчеты не производятся. Чтобы заполнить пробелы в данных, информация «заимствуется» у стран того же субрегиона ООН. Полученные в результате линии тренда используются для получения оценок за отдельные годы, чтобы число можно было указать, даже если в этом году страна не проводила обследование. Чтобы сделать результаты сопоставимыми между странами, коэффициенты распространенности стандартизированы по возрасту в соответствии со стандартной популяцией ВОЗ. Оценки для стран с нерегулярными обследованиями или большим количеством пробелов в данных будут иметь большие диапазоны неопределенности, и такие результаты следует интерпретировать с осторожностью.
Заметки по УНС	Распространенность некурящего табака рассчитывается как 1 минус распространенность курения табака. Затем показатель масштабируется на основе ненулевого минимума для получения более точного разрешения: перемасштабированное неупотребление табака = $(X-30)/(100-30)*100$.

Область индикатора	Доступность больниц
Определение индикатора	Больничные койки на душу населения, относительно максимального порога 18 на 10 000 населения
Числитель	Количество больничных коек (должно исключать рабочие и родильные кровати)
Знаменатель	Общая численность населения
Основные источники данных	Административные системы/Система отчетности учреждений здравоохранения
Метод расчета	Страновые административные системы используются для суммарного количества больничных коек, которые делятся на общую предполагаемую численность населения и умножаются на 10 000 человек.
Метод оценки	<p>Используя имеющиеся данные, показатель вычисляется относительно порогового значения в 18 больничных коек на 10 000 населения. Этот порог ниже наблюдаемого минимума страны с высоким уровнем дохода ОЭСР (с 2000 года) 20 на 10 000 человек и, как правило, соответствует ставке госпитализации в стационаре около 5 на 100 в год. Этот показатель призван обеспечить низкий уровень больничной способности; максимальный порог используется, потому что очень высокая плотность больничных коек не является необходимым для эффективного использования ресурсов. Индикатор рассчитывается следующим образом, используя данные страны о плотности больничного койко-места (x), что приводит к значениям от 0 до 100:</p> <ul style="list-style-type: none">• Страна с плотностью больничной койки $x < 18$ на 10000 в год, индикатор = $x / 18 * 100$.• Страна с плотностью больничной койки $x \geq 18$ на 10 000 в год, индикатор = 100.
Заметки по УНС	Альтернативным показателем может быть уровень госпитализации в стационаре, относительно максимального порога. Однако этот показатель в настоящее время не сообщается широко в разных регионах, в частности в Африканском регионе. В странах, где имеются больничные койки на душу населения и тарифы на госпитализацию, они сильно коррелированы.

Область индикатора	Кадровые ресурсы здравоохранения
Определение индикатора	Специалисты здравоохранения (врачи, психиатры и хирурги) на душу населения, по отношению к максимальным пороговым значениям для каждого кадрового
Числитель	Число врачей, психиатров и хирургов
Знаменатель	Общая численность населения
Основные источники данных	Национальная база данных или реестр работников здравоохранения, в идеале в сочетании с регулярной оценкой полноты, использующей данные переписи, реестров профессиональных ассоциаций или переписей объектов.
Метод расчета	<p>Классификация работников здравоохранения основывается на критериях профессионального образования и обучения, регулировании профессий здоровья, а также на мероприятиях и задачах рабочих мест, т.е. на основе классификации ключевых переменных рабочей силы в соответствии с общими характеристиками. Структура ВОЗ в значительной степени опирается на последние изменения в международно стандартизованные системы классификации Международной организации труда (Международная стандартная классификация профессий), Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (Международная стандартная классификация образования) и Статистический отдел Организации Объединенных Наций (Международная стандартная отраслевая классификация всех видов экономической деятельности). Методические подробности и данные можно найти здесь:</p> <p>https://www.who.int/activities/improving-health-workforce-data-and-evidence Доступ к данным о кадрах здравоохранения можно получить на портале данных NHWA: https://apps.who.int/nhwportal/</p>
Метод оценки	<p>Используя имеющиеся данные, показатель рассчитывается путем первого масштабирования, отдельно, коэффициентов плотности работников здравоохранения для каждого из трех кадров (врачей, психиатров и хирургов) по сравнению с минимальными наблюдаемыми значениями в странах ОЭСР с 2000 года, которые следующие: врачи = 0,9 на 1000, психиатров = 1 на 100 000, а хирургов = 14 на 100 000 человек. Это масштабирование выполняется так же, как и для индикатора плотности больничной койки, описанного выше, в результате чего значения индикаторов варьируются от 0 до 100 для каждого из трех кадров. Например, используя данные по странам для врачей на 1000 человек населения (x), кадровый показатель будет рассчитываться как:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Страна с $x < 0,9$ на 1000 в год, кадровый показатель = $x / 0,9 * 100$. • Страна с $x \geq 0,9$ на 1000 в год, кадровый показатель = 100. <p>В качестве последнего шага вычисляется среднее геометрическое трех значений показателя кадровой специфичности, чтобы получить окончательный показатель плотности рабочей силы здравоохранения.</p>
Заметки по УНС	Из-за серьезных проблем с измерением охвата во всех областях здравоохранения, что оставляет большие пробелы в таких важных областях, как плановые медицинские осмотры, лечение психических заболеваний, неотложная помощь и хирургические процедуры, используются косвенные данные. Плотность врачей, психиатров и хирургов используется в качестве показателя полного охвата

	амбулаторной помощи, психиатрической помощи и неотложной/хирургической помощи соответственно. Следует отметить, что эти показатели трудно интерпретировать, поскольку оптимальный уровень этих показателей неизвестен и они не связаны с конкретной потребностью в услугах. Несмотря на это, низкие уровни этих показателей свидетельствуют о плохом доступе к основным медицинским услугам и их использовании.
--	---

Область индикатора	Здравоохранение
Определение индикатора	<p>Индекс основных возможностей Международных медико-санитарных правил (ММСП), который представляет собой средний процент атрибутов всех основных способностей, которые были достигнуты в определенный момент времени.</p> <p>Инструмент SPAR второй редакции был расширен с 13 до 15 возможностей. К 15 основным возможностям относятся (1) политические, правовые и нормативные инструменты для реализации ММСП; (2) Координация ММСП и функции национальных координаторов; (3) Финансирование; (4) Лаборатория; (5) наблюдение; (6) Человеческие ресурсы; (7) Управление чрезвычайными ситуациями в области здравоохранения (8) Предоставление медицинских услуг; (9) Профилактика инфекций и контроль; (10) Информирование о рисках и вовлечение сообщества; (11) Пункты въезда и состояние границ; (12) Зоонозные болезни; (13) Безопасность пищевых продуктов; (14) Химические явления; (15) Радиационные аварийные ситуации.</p> <p>13 основных возможностей первого издания Инструмента ежегодной оценки и отчетности государств-участников ММСП: (1) Законодательство и финансирование; (2) Координация ММСП и функции национальных координаторов; (3) Зоонозные явления и взаимодействие между здоровьем человека и животных; (4) Безопасность пищевых продуктов; (5) Лаборатория; (6) наблюдение; (7) Человеческие ресурсы; (8) Национальная программа по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения; (9) Предоставление медицинских услуг; (10) Информирование о рисках; (11) Пункты въезда; (12) Химические явления; (13) Радиационные аварийные ситуации.</p> <p>В обоих опросниках SPAR (1-е и 2-е издания) используется пятиуровневая оценка с показателями, основанными на пяти совокупных уровнях, для измерения статуса реализации каждого потенциала. Для каждого показателя отчитывающемуся государству-участнику предлагается выбрать, какой из пяти уровней лучше всего описывает текущий статус государства-участника. Для перехода на следующий уровень необходимо наличие всех возможностей, описанных на предыдущих уровнях, для каждого показателя.</p> <p>В период с 2010 по 2017 год государства-члены использовали вопросник для мониторинга ММСП. Анкета разделена на тринадцать разделов, по одному на каждую из восьми основных возможностей, РоЕ и четырех опасностей. Отдельные вопросы в анкетах сгруппированы по компонентам и показателям. Государства-участники могут предоставить дополнительную информацию по вопросам в полях для комментариев. Ответы на вопросы включают указание одного подходящего значения</p>

	(«Да», «Нет» или «Неизвестно») или соответствующих процентов. В статистических целях значение «Неизвестно» будет рассчитываться как значение «Нет». Анкета для мониторинга ММСП включает следующее: ММСП01. Национальное законодательство, политика и финансирование; ММСП02. Координация и связь с национальными координаторами; ММСП03. Наблюдение; ММСП04. Ответ; ММСП05. Готовность; ММСП06. информирование о рисках; ММСП07. Человеческие ресурсы; ММСП08. Лаборатория; ММСП09. Точки входа; ММСП10. Зоонозные явления; ММСП11. Безопасности пищевых продуктов; ММСП12. Химические явления; ММСП13. Радиоядерные аварийные ситуации.
Числитель	Количество достигнутых атрибутов
Знаменатель	Общее количество атрибутов
Основные источники данных	Обзор ключевых информантов
Метод расчета	Ключевые источники информации сообщают о достижении набора характеристик для каждой из основных способностей с использованием стандартного инструмента ВОЗ. Этот инструмент основан на самооценке и самоотчете государства-участника. Существует три набора данных, основанных на различных инструментах сбора данных для SPAR. На период с 2010 по 2017 год вопросник, известный как вопросник для мониторинга ММСП, разделен на тринадцать разделов: по одному для каждого из восьми основных возможностей, PoE и четырех опасностей, а также информацию о ходе реализации каждого потенциала. Анкета для мониторинга ММСП (с 2010 по 2017 год) была заменена Инструментом самооценки государств-участников ММСП – SPAR, опубликованным в июле 2018 года, также известным как SPAR 1-е издание. Государства-участники использовали вопросник из цикла отчетности SPAR 2018–2020 гг. Текущий вопросник заменил первое издание SPAR и использовался государствами-членами в 2021 году. По каждому направлению показатели либо сохранялись, заменялись, либо добавлялись. К историческим тенденциям, основанным на данных по аналогичным мощностям, следует относиться с осторожностью.
Метод оценки	Оценка каждого уровня индикатора классифицируется как процент выполнения по шкале от 1 до 5. например для страны, выбравшей уровень 3 для индикатора 2.1, уровень индикатора будет выражен как: $3/5*100=60\%$ УРОВЕНЬ ПОТЕНЦИАЛА Уровень потенциала выражается как среднее значение всех индикаторов, например для страны, выбирающей уровень 3 для показателя 2.1 и уровень 4 для показателя 2.2. Уровень индикатора для 2.1 будет выражен как: $3/5*100=60\%$, уровень индикатора для 2.2 будет выражен как: $4/5*100=80\%$ и уровень мощности для 2 будет выражен как: $(60+80)/2=70\%$
Заметки по УНС	Страны начали сообщать ВОЗ о достижении основных возможностей ММСП за 2010 год. Для всех лет 2000–2009 годов используется самая ранняя доступная оценка ММСП для каждой страны.