



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье-2020

Версия 4





**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье-2020

Версия 4

РЕФЕРАТ

Новая европейская политика здравоохранения Здоровье-2020 направлена на улучшение здоровья и повышение уровня благополучия населения, сокращение несправедливостей в отношении здоровья и развитие систем здравоохранения, ориентированных на человека. В настоящем документе описаны этапы разработки целевых ориентиров и индикаторов политики Здоровье-2020, проведенной с участием двух международных групп экспертов и в рамках консультаций с государствами-членами. В частности, приведен обзор 20 основных и 17 дополнительных индикаторов, одобренных 53 государствами-членами Европейского региона ВОЗ в сентябре 2013 г. для измерения прогресса в достижении 6 целевых ориентиров политики Здоровье-2020. Эти индикаторы детально охарактеризованы в подробных технических записках. В публикации также описаны механизм и платформа мониторинга, которые будут использованы для отслеживания прогресса в осуществлении политики Здоровье-2020 в различных странах Региона.

Ключевые слова

EUROPE
HEALTH POLICY
HEALTH STATUS INDICATORS
MONITORING, EPIDEMIOLOGIC
QUALITY OF LIFE
TARGETS

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

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 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>
Исходные сведения.....	1
Количественное определение целевых ориентиров и индикаторы.....	1
Мониторинг и отчетность	3
Как пользоваться приложениями	6
Приложение 1. Основные и дополнительные индикаторы для мониторинга целевых ориентиров политики Здоровье-2020.....	7
Приложение 2. Технические записки по наборам основных и дополнительных индикаторов.....	17
Основные индикаторы.....	17
Дополнительные индикаторы.....	64

Исходные сведения

1. В 2012 г. Европейским региональным бюро ВОЗ были учреждены две экспертные группы (после предложения кандидатур государствами-членами) для оказания консультативной помощи в разработке индикаторов для шести целевых ориентиров политики Здоровье-2020, принятых на шестьдесят второй сессии Европейского регионального комитета ВОЗ. Первая экспертная группа представила рекомендации по установлению целевых ориентиров и измерению благополучия; вторая – по индикаторам для остальных целевых ориентиров политики Здоровье-2020. Эти группы провели несколько совещаний, включая совместное совещание в феврале 2013 г., по итогам которых были предложены наборы основных и дополнительных индикаторов.

2. Индикаторы были предметом онлайн-консультации с государствами-членами, которая состоялась после третьей, мартовской 2013 г., сессии Постоянного комитета Регионального комитета двадцатого созыва (ПКРК). Были получены отзывы от 30 государств-членов. Предварительный анализ был представлен ПКРК на его четвертой сессии в мае 2013 г., в рамках которой ПКРК рекомендовал вынести данный вопрос на рассмотрение шестьдесят третьей сессии Регионального комитета. В течение июня и июля 2013 г. список индикаторов претерпел детальный пересмотр на основании замечаний, полученных в рамках консультации со странами и майского совещания ПКРК.

3. В сентябре 2013 г. 53 государства-члена Европейского региона ВОЗ одобрили перечень из 20 основных и 17 дополнительных индикаторов для измерения прогресса в ходе достижения шести целевых ориентиров (см. приложение 1) и обратились с просьбой к ВОЗ дать предложения по основным и дополнительным индикаторам «объективного благополучия», для того чтобы завершить составление полного перечня индикаторов. Эта работа была завершена в апреле 2014 г. силами экспертных групп по вопросам благополучия и по индикаторам для политики Здоровье-2020.

4. В настоящей публикации описан процесс разработки целевых ориентиров и индикаторов, приведены технические записки по каждому индикатору и охарактеризована система мониторинга, которая будет использоваться для отслеживания прогресса в ходе реализации политики Здоровье-2020 в различных странах Региона. Для облегчения понимания технические записки для наборов основных и дополнительных индикаторов были пересмотрены (см. приложение 2). Подробный анализ и детальное обоснование всех обновлений приведены в отчете об итогах региональной консультации¹.

Количественное определение целевых ориентиров и индикаторы

5. За исключением ситуации в отношении целевого ориентира 1 по снижению преждевременной смертности, где целевой ориентир и индикаторы находятся в полном соответствии с Глобальным механизмом мониторинга неинфекционных заболеваний, эксперты сочли, что имеющиеся фактические данные не свидетельствуют в пользу формулирования целевых ориентиров в количественном выражении. Поэтому они составлены как главным образом качественные по своей сути и указывающие общее направление планируемых усилий.

¹ Региональная консультация по целевым ориентирам, индикаторам и механизму мониторинга для политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2103 (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/equity-in-health-project/inequalities-in-health-system-performance-and-their-social-determinants-in-europe/regional-consultation-on-targets-and-indicators-for-health-2020-monitoring-report-of-results>, по состоянию на 2 апреля 2014 г.)

6. Для отбора индикаторов, вошедших в окончательный перечень, был использован ряд критериев и принципов, согласованных в ходе совещаний экспертов².

- Отбор индикаторов следует проводить по возможности с учетом систематической доступности соответствующих данных в большинстве стран.
- Окончательное число индикаторов должно быть минимальным.
- Поскольку ряд индикаторов с признанной важностью уже включены в другие наборы (такие как Цели развития тысячелетия и Пармская декларация), их не следует повторять, так чтобы перечень оставался кратким.
- Некоторые индикаторы могут использоваться для нескольких целевых ориентиров.
- Из-за проблем, связанных с доступностью и сравнимостью (например, по таким вопросам, как психическое здоровье, здоровое старение, показатели деятельности систем здравоохранения), список индикаторов не сможет сбалансированно отразить все соответствующие области политики.
- Даже если значения конкретных индикаторов на национальном уровне уже свидетельствуют о благоприятной ситуации, их следует по возможности продолжать использовать в целях мониторинга (и подотчетности).
- В дополнение к набору индикаторов следует использовать основные демографические показатели, включая возрастную структуру населения.
- Все значения, сообщаемые по индикаторам, должны быть стандартизированы по возрасту.
- Везде, где возможно и где такие данные имеются в наличии, значения по индикаторам следует приводить в разбивке по возрасту, полу, этнической принадлежности, а также по социально-экономическим, уязвимым и субнациональным группам. Подобная дезагрегация будет зависеть от наличия данных и может варьировать в зависимости от конкретного индикатора.
- Необходим набор основных индикаторов (1-го уровня), мониторинг которых должны проводить все государства-члены, однако им следует также рассмотреть вопрос установления дополнительных индикаторов (2-го уровня). Данные по основным индикаторам послужат базовым минимумом для проведения оценок на региональном уровне. Приветствуется добровольное представление отчетности по дополнительным индикаторам; такие сведения полезны для проведения оценок по национальным целевым областям.
- Основные индикаторы должны быть сравнимыми в масштабах всего Региона, так как они будут использоваться для мониторинга региональных целевых ориентиров. Для других индикаторов, используемых на национальном уровне, требуется обеспечить только «внутреннюю» сравнимость.
- Там, где отсутствует количественная информация, страны могут представлять отчетность по индикатору в качественном выражении.

7. Индикаторы для целевого ориентира 4 (повышение уровня благополучия) включают один субъективный и несколько объективных критериев.

² Разработка показателей для целевых ориентиров политики Здоровье-2020. Первое совещание группы экспертов, Утрехт, Нидерланды, 18–19 июня 2012 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/172510/Developing-indicators-for-the-Health-2020-targets-Rus.pdf, по состоянию на 2 апреля 2014 г.)

8. Индикатор субъективного благополучия (удовлетворенности жизнью) был отобран как наиболее широко доступный в рамках опросов во многих государствах-членах. По нему, например, ведется соответствующая отчетность Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), и он используется в статистике Европейского союза по доходу и условиям жизни (ЕС-SILC, 2013 г.). Однако информация по этому индикатору имеется не во всех странах Региона. Поэтому Региональное бюро вело обсуждения с организациями, проводящими опросные исследования, чтобы договориться о сборе информации по данному индикатору во всех государствах-членах Европейского региона. Одна из организаций, проводящих опросы, готова на выгодных условиях предоставлять ВОЗ эту информацию, собираемую ею ежегодно в рамках глобальных опросов.

9. Группа экспертов рекомендовала, чтобы были охвачены четыре области объективного благополучия: социальные связи, экономическая безопасность и доход, естественная и искусственная среда обитания, образование. Из них экономическая безопасность и образование были теми областями, для которых ключевые индикаторы (также используемые для других целевых ориентиров) уже были приняты в 2013 г. («коэффициент Джини», «уровень безработицы» и «процент детей в возрасте, установленном для прохождения начального школьного обучения, не посещающих школу»). В отношении социальных связей, а также природной и искусственной среды эксперты предложили два новых основных индикатора, а именно: «наличие социальной поддержки» и «процент населения, проживающего с улучшенными санитарными удобствами». Сбор данных по этим индикаторам проводится в плановом порядке, соответственно, в рамках всемирного опроса Института Гэллага и ВОЗ, и поэтому не создает дополнительного бремени отчетности для государств-членов. В качестве дополнительных, факультативных индикаторов эксперты предложили «процент одиноко проживающих лиц в возрасте 65 лет и старше» (сбор данных проводится в 28 странах), «общий объем семейного потребления» (48 стран) и «образовательный уровень: не ниже среднего образования» (32 страны).

10. ВОЗ продолжит работать с экспертными группами и государствами-членами для разработки других инновационных индикаторов в иных областях, имеющих отношение к политике Здоровье-2020, включая стратегическое руководство, принцип участия всего общества и общегосударственный подход, социокультурные и иные детерминанты здоровья, а также повышение жизнестойкости сообществ. Это позволит со временем обеспечить надлежащий охват всех областей политики Здоровье-2020.

Мониторинг и отчетность

11. ВОЗ предложила механизм мониторинга целевых ориентиров и индикаторов, в рамках которого используются уже существующие механизмы отчетности, а ответственность за ее обеспечение с использованием собственных механизмов возлагается на Организацию.

12. Региональное бюро будет осуществлять отчетность по европейским региональным средним значениям индикаторов, взвешенным, где это целесообразно, в зависимости от размера населения. Однако по многим предлагаемым индикаторам государства-члены уже представляют отчетность в Региональное бюро в индивидуальном порядке и разрешают публикацию национальных данных в рамках Европейской базы данных «Здоровье для всех». Данная практика будет продолжена.

13. Будут в максимальной степени использоваться существующие механизмы представления отчетности. К этим механизмам относятся ежегодные или двухгодичные отчеты, предоставляемые в базу данных «Здоровье для всех» и другие базы данных, которые ведет Европейское региональное бюро ВОЗ, включая систему совместного сбора данных ВОЗ, Евростат и ОЭСР. На Региональное бюро будет возложена обязанность осуществ-

лять мониторинг и извлечение информации из этих баз данных, а также обеспечивать ее надлежащие синтез, анализ и презентацию государствам-членам.

14. Странам не нужно будет представлять дополнительную информацию, кроме тех случаев, когда потребуются данные, не собираемые в плановом порядке (потенциально для целевых ориентиров 4 и 6). В тех случаях, когда показатели в плановом порядке не собираются и не предоставляются в ВОЗ (либо через национальную систему отчетности, либо посредством регулярно проводимых обследований), можно будет использовать получаемые из штаб-квартиры ВОЗ или от совместных проектов Организации Объединенных Наций оценочные значения, по которым получено согласие государств-членов. Кроме того, Европейское региональное бюро ВОЗ будет проводить обсуждения с государствами-членами, чтобы определить, какие варианты можно было бы для этого выбрать.

15. До тех пор пока Отдел информации, фактических данных, научных исследований и инноваций не создаст единую, охватывающую все Региональное бюро платформу, в которую будут включены все существующие базы данных, следует использовать существующие платформы, в частности систему ежегодного сбора сведений для базы данных «Здоровье для всех». Создание новой платформы запланировано на ближайшие годы. Информация в будет поступать в нее из системы совместного сбора данных ВОЗ с Евро-стат и ОЭСР, поэтому дополнительного представления отчетности не потребуются.

16. Однако в ближайшие годы на смену процессу представления отчетности в несколько платформ придет интегрированная европейская система информации здравоохранения, которая создается совместно с Европейской комиссией и ОЭСР. По мнению Регионального бюро, эта система на первоначальном этапе должна включать одобренные всеми государствами-членами основные индикаторы, требуемые для мониторинга и отчетности о ходе осуществления политики Здоровье-2020. Будут проведены дополнительные обсуждения этого важного вопроса с Европейской комиссией и ОЭСР, с тем чтобы согласовать единый план дальнейших действий. Со временем круг обсуждаемых тем может быть расширен с включением анализа открывающихся возможностей, вариантов и соглашений, которые могут быть заключены в будущем. В настоящее время Региональное бюро рассматривает вопрос о том, как перевести существующие платформы в электронную инфраструктуру, и будет регулярно информировать государства-члены о ходе данной работы.

17. Что касается индикаторов, данные по которым в настоящее время в плановом порядке не собираются (например, в отношении национальных целевых ориентиров и показателей благополучия), были согласованы следующие положения:

- Качественные индикаторы Региональное бюро может получать от государств-членов, используя краткие вопросники, в которых в основном требуется ответ «да/нет»; при желании страны могут представлять развернутый ответ с пояснением.
- Во время и после совещания подгруппы ПКРК по политике Здоровье-2020 в марте 2014 г. ее члены рекомендовали, чтобы сбор информации по трем качественным индикаторам политики Здоровье-2020 осуществлялся под грифами «стратегии сокращения неравенств в отношении здоровья», «внедрение национальных процессов по установлению целевых ориентиров» и «разработка национальных стратегий в соответствии с политикой Здоровье-2020». Членам подгруппы были предложены варианты более короткой и более длинной версии электронного вопросника; они рекомендовали использовать развернутую версию, которая и была направлена в течение апреля 2014 г. национальным партнерам в государствах-членах. Ожидается получение отзывов.

- Региональное бюро будет регулярно проводить консультации с государствами-членами и руководящими органами по методам сбора данных. Изучены возможности использования для этих целей существующих механизмов (например, опросов, проводимых ежегодно во всех европейских странах Институтом Гэллага или другими группами, что не должно возложить дополнительного финансового и любого другого бремени на страны). Организации, занимающиеся проведением опросов, будут представлять информацию в Региональное бюро, которое, в свою очередь, будет консультироваться с государствами-членами. Подобные консультации могут проводиться в контексте существующих ежегодных мероприятий по сбору сведений для базы данных «Здоровье для всех». Региональное бюро обеспечит проведение регулярных и детальных консультаций с государствами-членами и руководящими органами по различным вариантам привлечения поставщиков услуг в этой области. В последнем Докладе о состоянии здравоохранения в Европе также содержится дорожная карта для этого процесса с указанием технических партнеров.

18. Европейское региональное бюро ВОЗ предлагает каждые два-три года издавать в виде специального раздела планируемой новой публикации – под предварительным названием «Статистика европейского здравоохранения» – общий свод всех данных, получаемых через существующие механизмы. Перед публикацией Региональное бюро будет проводить широкие письменные консультации с государствами-членами. Отчетность может осуществляться в следующих формах:

- Подробный анализ данных и их представление в виде таблиц и графиков по следующим параметрам:
 - средние значения по Региону;
 - средние значения по субрегионам (ЕС-15, ЕС-12, СНГ³ или другие потенциальные группы стран);
 - разброс значений с указанием самых высоких и самых низких.
- Подробный интерпретирующий текст и резюме.

19. Помимо этого, директор Европейского регионального бюро ВОЗ в рамках своего ежегодного доклада на сессии Регионального комитета будет представлять сокращенный отчет по индикаторам политики Здоровье-2020, и это послужит еще одной платформой для прямых консультаций и получения отзывов от государств-членов. Предлагается проводить анализ по представленной выше схеме. Каждые два-три года Региональный директор будет выступать со специальным заявлением о прогрессе, достигнутом в реализации целевых ориентиров для Европейского региона, опираясь на количественные данные. При подготовке к докладу Регионального директора на сессии Регионального комитета еще одной платформой для консультаций по достигнутым результатам могут служить ежегодные майские совещания ПКРК.

20. Предусматривается, что представление отчетов по важнейшим вехам в достижении целевых ориентиров по индикаторам, установленным в политике Здоровье-2020, будет осуществляться в контексте Доклада о состоянии здравоохранения в Европе, который публикуется раз в три года. Это также позволит проводить более детальный анализ и обсуждение. В докладе за 2012 г. определен исходный уровень, отражающий данные по состоянию на 2010 г. Первый этапный отчет по реализации политики опубликован в 2015 г., второй – выйдет в свет в 2018-м, а заключительный отчет – в 2020 г.

³ ЕС-15 – 15 стран, входивших в Европейский союз (ЕС) до 1 мая 2004 г. (ЕС-15); ЕС-12 – 12 стран, вошедших в ЕС в последующий период; СНГ – Содружество Независимых Государств.

21. Региональное бюро возобновляет издание серии «Обзорные сводки о состоянии здоровья в странах», в которой приводятся краткие характеристики отдельных стран, позволяющие наглядно демонстрировать достигнутый прогресс. Кроме того, Бюро возвращается к практике издания краткой ежегодной публикации, посвященной основным показателям здоровья по всем европейским странам. Конкретная тема публикации будет меняться ежегодно. Информация, содержащаяся в перечисленных выше докладах и отчетах, будет публиковаться с использованием различных медийных каналов, включая веб-сайт ВОЗ.

22. Секретариат Регионального бюро разрабатывает порядок действий, которые должны быть предприняты в том случае, если государства-члены не отчитываются регулярно по всем индикаторам или если возникает отставание в достижении намеченных целевых ориентиров.

Как пользоваться приложениями

23. В приложении 1 в табличной форме представлен обзор всех основных и дополнительных индикаторов, сгруппированных по областям и целевым ориентирам. Технические записки (приложение 2) включают все основные и дополнительные индикаторы для мониторинга хода достижения целевых ориентиров политики Здоровье-2020, которые используются в плановой отчетности государств-членов, представляемой в ВОЗ, либо в рамках комплексной глобальной системы мониторинга по неинфекционным заболеваниям.

24. Ряд технических записок еще находится в процессе разработки. Порядок расположения технических записок соответствует нумерации индикаторов в табличном обзоре (приложение 1), начиная с основных индикаторов, за которыми следуют дополнительные.

Приложение 1

ОСНОВНЫЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИНДИКАТОРЫ ДЛЯ МОНИТОРИНГА
ЦЕЛЕВЫХ ОРИЕНТИРОВ ПОЛИТИКИ ЗДОРОВЬЕ-2020

Область / 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)
<p>Область 1 политики Здоровье-2020. Бремя болезней и факторы риска</p> <p>Всеобъемлющий, или главный, целевой ориентир 1. К 2020 г. сократить преждевременную смертность в Европе</p>	<p>1.1. Относительное ежегодное, в период до 2020 г., снижение на 1,5% общей (от 4 причин в совокупности) преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета и хронических респираторных заболеваний</p>	<p>(1) 1.1.а. Стандартизированный по возрасту коэффициент общей преждевременной смертности (в возрасте от 30 до моложе 70 лет) для 4 групп основных неинфекционных заболеваний: сердечно-сосудистые заболевания (коды I00–I99 по МКБ-10^а), злокачественные новообразования (коды C00–C97 по МКБ-10), сахарный диабет (коды E10–E14 по МКБ-10) и хронические респираторные заболевания (коды J40–J47 по МКБ-10), с разбивкой по полу. Предложено также отдельно учитывать болезни органов пищеварения (коды K00–K93 по МКБ-10).</p>	<p>ЗДВ^б (42)</p>	<p>(1) 1.1.а. Стандартизированный коэффициент смертности от всех причин, в разбивке по возрасту и полу</p>	<p>ЗДВ (42)</p>

^а Международная классификация болезней, десятый пересмотр.

^б Европейская база данных «Здоровье для всех».

Область / 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)
		(2) 1.1.b. Стандартизированная по возрасту распространенность употребления табака в настоящее время (включает ежедневное, нерегулярное и эпизодическое курение) среди лиц в возрасте 18 лет и старше	Источник данных, используемый в рамках Глобальной системы мониторинга неинфекционных заболеваний (ЗДВ) (50)	(2) 1.1.b. Распространенность еженедельного употребления табака среди подростков	Исследование HBSC ^c (38)
		(3) 1.1.c. 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 учтенному и неучтенному потреблению	Источник данных, используемый в рамках Глобальной системы мониторинга неинфекционных заболеваний (Глобальная обсерватория здравоохранения) (50)	(3) 1.1.c. Эпизодическое пьянство (единовременное употребление 60 г чистого спирта или примерно 6 стандартных доз алкогольных напитков по меньшей мере 1 раз в неделю) среди подростков	ESPAD ^d (34)

^c Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья.

^d Европейский проект: опрос школьников по проблемам алкоголя и наркотиков.

Область / Целевой ориентир	Количественное определение	Основные индикаторы	Источник данных (число государственных, по которым в этом источнике имеются данные)	Дополнительные индикаторы	Источник данных (число государственных, по которым в этом источнике имеются данные)
		(4) 1.1.d. Стандартизированная по возрасту распространенность избыточной массы тела и ожирения (определяемых по значениям индекса массы тела, ИМТ: > 25 кг/м ² – избыточная масса тела, > 30 кг/м ² – ожирение) среди людей в возрасте 18 лет и старше, по возможности в разбивке по возрасту и полу, отдельно для показателей, полученных в результате измерений и по самооценке	Источник данных, используемый в рамках Глобальной системы мониторинга неинфекционных заболеваний (ЗДВ) (46)	(4) 1.1.d. Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди подростков (значение «ИМТ к возрасту» выше, соответственно, Z-показателя ^e +1 и +2 относительно медианного значения по справочным таблицам роста и развития детей, ВОЗ, 2007 г. ^f)	Исследование HBSC (38)
	1.2. Достигнута стойкая элиминация отдельных болезней, предупреждаемых с помощью вакцин (полиомиелит, корь и краснуха), и профилактика	(5) 1.2.a. 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)		

^e Z-показатель обозначает, на сколько единиц (стандартного отклонения) ИМТ данного человека выше или ниже среднего значения ИМТ для соответствующей возрастно-половой группы.

^f de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishuda C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization 2007;85(9):660–7 (http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull.pdf, accessed 12 March 2014).

Область / Целевой ориентир	Количественное определение	Основные индикаторы	Источник данных (число государственных, по которым в этом источнике имеются данные)	Дополнительные индикаторы	Источник данных (число государственных, по которым в этом источнике имеются данные)
	синдрома врожденной краснухи				
	1.3. Сокращение смертности от внешних причин	(6) 1.3.a. Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности от всех внешних причин и травм, в разбивке по полу (коды по МКБ-10: V00–V99, W00–W99, X00–X99 и Y00–Y99)	ЗДВ и ЗДВ-MDB ^g (42)	(5) 1.3.a. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности в результате автотранспортных несчастных случаев (коды по МКБ-10: V02–V04, V09, V12–V14, V19–V79, V82–V87 и V89)	ЗДВ и ЗДВ-MDB (36)
				(6) 1.3.b. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от случайных отравлений (коды по МКБ-10: X40–X49)	ЗДВ-MDB (42)
				(7) 1.3.c. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от отравления алкоголем (код по МКБ-10: X45)	ЗДВ-MDB (35)

^g База данных Европейского регионального бюро ВОЗ по показателям смертности

Область / Целевой ориентир	Количественное определение	Основные индикаторы	Источник данных (число государственных, по которым в этом источнике имеются данные)	Дополнительные индикаторы	Источник данных (число государственных, по которым в этом источнике имеются данные)
				(8) 1.3.d. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности в результате самоубийств (коды по МКБ-10: X60–X84)	ЗДВ и ЗДВ-MDB (42)
				(9) 1.3.e. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от случайных падений (коды по МКБ-10: W00–W19)	ЗДВ-MDB (42)
				(10) 1.3.f. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности в результате убийств и нападений (коды по МКБ-10: X85–Y09)	ЗДВ и ЗДВ-MDB (41)
Область 2 политики Здоровье-2020. Здоровые люди, благополучие и детерминанты	2.1. Непрерывный рост ожидаемой продолжительности жизни с сохранением современных темпов (среднегодовой уровень роста за период	(7) 2.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, в разбивке по полу	ЗДВ (42)	(11) 2.1.a. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в возрасте 1 года, 15, 45 и 65 лет, в разбивке по полу	ЗДВ (41)
				(12) 2.1.b. Число предстоящих лет здоровой жизни в возрасте 65 лет, в разбивке по полу	Евростат (3)

Область / 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 2. Повысить среднюю продолжительность жизни в Европе	2006–2010 гг.) в сочетании с сокращением наблюдаемых в Европе различий по показателю ожидаемой продолжительности жизни				
Область 2 политики Здоровье-2020. Здоровые люди, благополучие и детерминанты	3.1. Сокращение разрывов в показателях здоровья, связанных с различными социальными детерминантами, в Европе	(8) 3.1.a. Младенческая смертность на 1000 живорожденных, в разбивке по полу	ЗДВ (42)		
		(7) 3.1.b. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, в разбивке по полу		ЗДВ (42)	
Всеобъемлющий, или главный, целевой ориентир 3.		(9) 3.1.c. Доля детей в возрасте, официально установленном для прохождения начального школьного обучения, не посещающих школу, в разбивке по полу	ЗДВ (46)		

Область / 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)
Сократить несправедливости в отношении здоровья в Европе (целевой ориентир в сфере социальных детерминант)		(10) 3.1.d. Уровень безработицы, в разбивке по возрасту и полу	ILOSTAT ^h и Евростат (<i>MOT 38, EU-SILCⁱ 30, всего 43</i>)		
		(11) 3.1.e. Наличие разработанной и документированной национальной и/или субнациональной политики по сокращению несправедливостей в отношении здоровья	Прямая отчетность государств-членов для включения в Ежегодный отчет директора Европейского регионального бюро ВОЗ		
		(12) 3.1.f. Коэффициент Джини (распределение дохода)	ЗДВ (<i>40</i>)		
Область 2 политики Здоровье-2020. Здоровые люди, благополучие и детерминанты	Будет установлен в результате определения исходного уровня основных индикаторов благополучия с целью	(13) 4.1.a. Удовлетворенность жизнью, в разбивке по возрасту и полу	Всемирный опрос Гэллага и Евростат (<i>Гэллаг (50); EC-SILC (32); всего 50</i>)	4.1.a. Индикаторы субъективного благополучия: либо в различных сферах, либо в соответствии с концепцией эвдемонии, либо по эмоциональной	Предстоит разработать

^h База данных статистики труда Международной организации труда (МОТ).

ⁱ Статистика Европейского союза по уровням дохода и условиям жизни.

Область / 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 4. Повысить уровень благополучия европейского населения	сокращения внутрирегиональных различий и выравнивания по лучшим значениям	(14) 4.1.b. Возможность получения социальной поддержки	ЗДВ (50)	реакции (аффекту); предстоит разработать	ЕЭК ООН ^j (28)
		(15) 4.1.c. Процент населения, проживающего с улучшенными санитарными удобствами	ЗДВ (51)	(14) 4.1.c. Расходы домохозяйств на конечное потребление на душу населения	Всемирный банк (48).
		(12) 4.1.d. Коэффициент Джини (распределение дохода)	ЗДВ (40)	(15) 4.1.d. Образовательный уровень людей в возрасте 25 лет и старше, получивших, по крайней мере, среднее образование	ЗДВ (32)
		(10) 4.1.e. Уровень безработицы, в разбивке по возрасту и полу	ПОСТАТ и Евростат (MOT 38, EU-SILC 30, всего 43)		
		(9) 4.1.f. Доля детей в возрасте, официально установленном для прохождения начального школьно-	ЗДВ (46)		

^j Европейская экономическая комиссия Организации Объединенных Наций.

Область / Целевой ориентир	Количественное определение	Основные индикаторы	Источник данных (число государственных членов, по которым в этом источнике имеются данные)	Дополнительные индикаторы	Источник данных (число государственных членов, по которым в этом источнике имеются данные)
		го обучения, не посещающих школу, в разбивке по полу			
Область 3 политики Здоровье-2020. Процессы, стратегическое руководство и системы здравоохранения Всеобъемлющий, или главный, целевой ориентир 5. Всеобщий охват и «право на здоровье»	5.1. Продвижение к достижению всеобщего охвата (в соответствии с определением ВОЗ ^k) к 2020 г.	(16) 5.1.a. Расходы домохозяйств на прямую оплату услуг как доля общих расходов на здравоохранение	ЗДВ (53)	(16) 5.1.a. Материнская смертность на 100 000 живорожденных (коды по МКБ-10: O00–O99)	ЗДВ (49)
		(5) 5.1.b. 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)	(17) 5.1.b. Процент успешно пролеченных случаев среди завершивших лечение пациентов с лабораторно подтвержденным легочным туберкулезом	Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом ^l (46)
		(17) 5.1.c. Общие расходы на здравоохранение (как процент от ВВП ^m)	ЗДВ (53)	(18) 5.1.c. Государственные расходы на здравоохранение как процент от ВВП	ЗДВ (53)

^k Справедливый доступ к эффективным и необходимым услугам без финансового бремени.

^l Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2015 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/ru, по состоянию на 31 августа 2016 г.).

^m Валовой внутренний продукт.

Область / 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)
Область 3 политики Здоровье-2020. Процессы, стратегическое руководство и системы здравоохранения	6.1. Организация процессов для установления национальных целевых ориентиров (если уже не установлены)	(18) 6.1.a. Наличие документированного процесса для установления целевых ориентиров (метод документирования будет определяться отдельно каждым государством-членом)	Прямая отчетность государств-членов для включения в ежегодный отчет Регионального директора		
Всеобъемлющий, или главный, целевой ориентир 6. Национальные целевые ориентиры/цели, установленные государствами-членами		(19) 6.1.b. Фактические данные, документирующие: (a) принятие национальных стратегий, согласованных с положениями политики Здоровье-2020; (b) наличие плана реализации; (c) наличие механизма подотчетности (метод документирования будет определяться отдельно каждым государством-членом)	Прямая отчетность государств-членов для включения в ежегодный отчет Регионального директора		

Приложение 2

ТЕХНИЧЕСКИЕ ЗАПИСКИ ПО НАБОРАМ ОСНОВНЫХ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИНДИКАТОРОВ

Основные индикаторы

Элемент данных	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности (на 100 000 человек населения)
Название индикатора	(1) 1.1.а. Стандартизированный по возрасту коэффициент общей преждевременной смертности (в возрасте с 30 до моложе 70 лет) для четырех групп основных неинфекционных заболеваний: сердечно-сосудистые заболевания (коды I00–I99 по МКБ-10 ^а), злокачественные новообразования (коды C00–C97 по МКБ-10), сахарный диабет (коды E10–E14 по МКБ-10) и респираторные заболевания (коды J40–47 по МКБ-10), с разбивкой по полу. Предложено также отдельно учитывать болезни органов пищеварения (коды K00–K93 по МКБ-10).
Сокращенное название	СКС на 100 000 населения
Тип данных	Коэффициент
Тема	Показатели здоровья
Обоснование	Число случаев смерти на 100 000 чел. находится под влиянием возрастной структуры населения. Две группы населения с одинаковыми по возрасту коэффициентами смертности от конкретных причин будут иметь различные коэффициенты общей смертности, если возрастные структуры этих групп населения различаются. Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности позволяют нивелировать различия возрастных структур населения за счет приведения по возрасту коэффициентов смертности, наблюдаемых в каждой группе, к параметрам стандартного населения.
Определение	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности – это средневзвешенное значение по возрасту коэффициентов смертности на 100 000 человек, где в качестве весовых коэффициентов использованы доли соответствующих возрастных групп стандартного европейского населения ВОЗ. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности рассчитывают с использованием прямого метода, т. е. он таков, каким мог бы быть исходный нестандартизированный коэффициент, если бы возрастная структура населения была такой же, как в стандартном европейском населении. Сердечно-сосудистые заболевания: коды I00–I99 по МКБ-10.

^а Международная классификация болезней, десятый пересмотр.

	<p>Злокачественные новообразования: коды МКБ-10: C00–C97.</p> <p>Сахарный диабет: коды МКБ-10: E10–E14.</p> <p>Хронические болезни нижних дыхательных путей: коды МКБ-10: I00–I99.</p> <p>Болезни органов пищеварения: коды МКБ-10: K00–K93.</p>
Сопряженные термины	Стандартное европейское население ВОЗ
Предпочтительные источники данных	ЗДВ
Другие возможные источники данных	<p>Системы регистрации актов гражданского состояния</p> <p>Опросные обследования домохозяйств</p> <p>Переписи населения</p> <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, собираемые с использованием национальных систем регистрации случаев смерти или выборочных систем регистрации
Метод оценки	<p>По всем государствам-членам ВОЗ имеются таблицы вероятности дожития, содержащие коэффициенты смертности от всех причин (в разбивке по возрасту и полу), которые составляют на основе доступных данных регистрации случаев смерти, систем выборочной регистрации, а также данных о детской и взрослой смертности, получаемых в результате переписей населения и опросных исследований.</p> <p>Оценка распределения смертности по причинам смерти основана на данных регистрации случаев смерти, эпидемиологических исследований на популяционном уровне, регистров по конкретным болезням и систем уведомления в отношении отдельных причин смерти. Причины смерти для групп населения, не имеющих пригодных для обработки данных регистрации смерти, оценивают при помощи моделей причин смерти с одновременным использованием данных эпидемиологических исследований на популяционном уровне, регистров болезней и систем уведомления в отношении 21 конкретной причины смерти.</p>
Схема мониторинга и оценки	Окончательный полезный эффект
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Агрегирование оценочных показателей смертности по причинам смерти, возрасту и полу позволяет государствам-членам ВОЗ рассчитывать оценочные значения региональных и глобальных коэффициентов смертности, в разбивке по возрасту, полу и причинам смерти.
Разбивка	Возраст

	Причина смерти Пол
Единица измерения	Число случаев смерти на 100 000 человек населения
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Непрерывно
Ограничения	Зависит от наличия и качества данных

Элемент данных	Распространенность употребления табака в настоящее время среди взрослого населения в возрасте 18 лет и старше
Название индикатора	(2) 1.1.b. Стандартизированная по возрасту распространенность употребления табака в настоящее время (включает ежедневное, неежедневное и эпизодическое курение) среди лиц в возрасте 18 лет и старше
Сокращенное название	Неприменимо (н/п)
Тип данных	Процент
Тема	Факторы риска
Обоснование	<p>Распространенность употребления табака в настоящее время среди взрослого населения – это важный показатель бремени употребления табака для здоровья и экономики, который служит основой для динамической оценки эффективности программ по борьбе против табака.</p> <p>Приведенные и стандартизированные по возрасту уровни распространенности рассчитывают исключительно в целях сравнения ситуации по табакокурению в различных странах или в одной и той же стране – в различных временных отрезках. Эти уровни не следует использовать для оценки численности курящих среди населения.</p>
Определение	<p>Оценки распространенности употребления любых табачных изделий основаны на результатах последнего опросного исследования употребления табака взрослым населением (или исследования, в ходе которого задаются среди прочих и вопросы относительно употребления табака), которые скорректированы с использованием описанного ниже метода регрессионного анализа ВОЗ в целях стандартизации (см. Метод оценки).</p> <p>«Употребление табака» включает курение сигарет, сигар, трубки или использование любых других табачных изделий.</p> <p>«Употребление в настоящее время» включает ежедневное, неежедневное или эпизодическое употребление.</p>
Сопряженные термины	н/п
Предпочтительные источники данных	ЗДВ
Другие возможные источники данных	<p>Специальные опросные обследования и опросы домохозяйств</p> <p>Системы эпиднадзора</p> <p>Глобальное обследование употребления табака среди взрослых (GATS) и публикация «Вопросы по табаку для обследований» (TQS) (совместные инициативы ВОЗ и Центров США по контролю и профилактике заболеваний, направленные на гармонизацию методик проведения опросных исследований по табаку и обеспечение сопоставимости данных на глобальном и региональном уровнях).</p>

<p>Метод измерения</p>	<p>Индикатор измеряется при помощи стандартных вопросников в ходе интервьюирования по вопросам здоровья, проводимого в репрезентативной выборке населения в возрасте 18 лет и старше. Во многих странах подобные опросные обследования населения по вопросам здоровья проводят на относительно регулярной основе. Однако сбор основной части данных осуществляется из многочисленных источников силами подразделения «Табак или здоровье» Европейского регионального бюро ВОЗ.</p>
<p>Метод оценки</p>	<p>Помимо этого, в рамках регулярно проводимого сбора данных для Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии Региональное бюро запрашивает у национальных координаторов обновленную информацию по исследованиям и оценкам распространенности. Для стран, которые не участвуют в проектах GATS или TQS, данные корректируются с применением регрессионной модели, что в некоторой степени обеспечивает межстрановую сопоставимость. Уполномоченный представитель министерства здравоохранения подтверждает правильность и заверяет своей подписью все данные, полученные и рассчитанные для корректировки/стандартизации.</p> <p>Для того чтобы иметь возможность проводить сравнения между странами, силами ВОЗ разработана методика регрессионного анализа. Если данные по какой-либо 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. Анализ с применением регрессионных моделей проводят по субрегионам 3-го уровня классификации ООН отдельно для мужского и женского населения, чтобы получить повозрастные уровни распространенности для выбранных субрегионов. Затем эти оценочные данные используют вместо недостающего индикатора для государств, входящих в субрегион. Следует учесть, что этот метод нельзя использовать в отношении стран, по которым вообще нет данных: такие страны полностью исключают из анализа.</p> <p>Разнородная информация, поступающая из различных опросных исследований, проводимых без унифицированных методик, затрудняет определение стандартизированных по возрасту национальных уровней распространенности. Ниже перечислены четыре основных вида различий между исследованиями и соответствующие методы корректировки данных.</p> <p>1. Различия в возрастных группах, охваченных опросным исследованием.</p> <p>Чтобы определить уровни распространенности употребления табака для стандартных возрастных диапазонов (для лиц с 15 до 79 лет – в разбивке на группы по пять лет и общая группа для лиц в возрасте от 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 исследования, репрезентативного на национальном уровне. В некоторых случаях используется более одного исследования: например, если уровни распространения среди мужского и женского населения определены на основе различных опросов или если дополнительное обследование дополняет</p>

	<p>сведения в отношении крайних возрастных интервалов. Чтобы определить уровни распространенности для пятилетних возрастных интервалов, строят регрессионные кривые, отражающие значения распространенности употребления табака в функции первого, второго и третьего порядка от возраста. Затем накладывают полученные кривые на диаграмму разброса и выбирают наиболее совместимую кривую. Для остальных индикаторов применяют комбинацию методов. Для получения повозрастных уровней курения сигарет в настоящее время и ежедневного курения сигарет проводят анализ с использованием регрессионных моделей по субрегионам, а затем используют принцип эквивалентных отношений между уровнями распространенности курения и курения сигарет, где курение сигарет является доминантным фактором, и на этой основе вычисляют уровни курения сигарет в настоящее время и ежедневного курения сигарет для стандартных возрастных интервалов.</p> <p>2. Различия обследований по географическому охвату внутри одной страны.</p> <p>Данные корректируют с учетом соотношения показателей распространенности между городскими и сельскими районами в странах, находящихся в соответствующем субрегионе. Результаты регрессионного анализа «город – село» применяют в отношении всей страны и на этой основе рассчитывают показатель распространенности на национальном уровне. Например, если в стране имеются данные об уровне распространенности ежедневного употребления табака только в отношении городских поселений, результаты регрессионного анализа соотношения употребления табака в сельских и городских поселениях используют для расчета уровней распространенности ежедневного курения в сельских поселениях. Полученные цифры затем комбинируют с уровнями распространенности в городских поселениях, используя в качестве весовых коэффициентов соотношения городского и сельского населения, и таким образом рассчитывают общий уровень распространенности в масштабах всей страны, а также национальные повозрастные уровни.</p> <p>3. Различия по годам проведения обследований.</p> <p>Для согласования данных, собранных в различные годы, используют информацию о трендах. Так, например, в <i>Докладе ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2009 г.</i>^b приведены оценочные показатели распространенности курения за 2006 г. Источником данных о распространенности курения послужили опросные исследования, проводившиеся в странах в различные годы: 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. использовали имеющиеся тенденции, что позволяло экстраполировать данные на будущее (в случае тех стран, у которых были данные</p>
--	---

^b Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2009 г. Создание среды, свободной от табачного дыма. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2009 (<http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/ru/>, по состоянию на 5 апреля 2014 г.).

	<p>лишь до 2006 г.) либо на прошлое (если у стран были более поздние данные). В этих целях была обобщена информация в отношении тенденций из всех проводившихся обследований по каждой стране. Для стран, не обладающих ретроспективными данными, была использована информация в отношении тенденций по соответствующему субрегиону, в который входят эти страны.</p> <p>4. Различия в уровнях распространенности, стандартизированных по возрасту.</p> <p>В целом уровни потребления табака широко варьируются в зависимости от пола и возраста. Общий коэффициент распространенности употребления табака в данной стране на данный момент времени определить достаточно легко, однако сравнение общих коэффициентов между двумя или более странами на определенный момент времени или сравнение общих коэффициентов одной страны, но на разные моменты времени может вводить в заблуждение, если две сравниваемые группы населения имеют резко отличающуюся возрастную структуру или существенные различия в употреблении табака мужчинами и женщинами. Для преодоления этой проблемы широко применяется метод стандартизации по возрасту, который позволяет проводить достоверное сравнение уровней распространенности в различных странах. Данный метод основан на использовании возрастно-половых показателей распространенности в каждой группе населения применительно к единому «стандартному населению». Для этого используют «стандартное европейское население ВОЗ» – условное население с искусственной возрастной структурой, которая в значительной степени соответствует возрастной структуре стран с низким и средним уровнем дохода. Полученный в результате показатель распространенности, стандартизированный по возрасту, выражаемый также в виде процента от общего населения, характеризует число курильщиков на 100 человек стандартного европейского населения ВОЗ. В итоге показатель, полученный таким образом, представляет всего лишь виртуальную величину, не имеющую самостоятельного значения. Он оказывается полезным лишь для сравнения уровней распространенности в различных странах или уровней одной и той же страны, но на разные моменты времени.</p> <p>Чтобы получить общий показатель распространенности курения в стране, следует объединить стандартизированные по возрасту показатели распространенности среди мужчин и женщин. Поскольку стандартное европейское население ВОЗ одинаково для обоих полов, стандартизированные по возрасту показатели для мужчин и женщин объединяют с помощью весовых коэффициентов в отношении мужского и женского населения на глобальном уровне с использованием данных Отдела народонаселения ООН за соответствующий год. Например, если стандартизированный по возрасту уровень распространения табакокурения среди взрослого населения равен 60% для мужчин и 30% для женщин, то суммарный показатель распространенности табакокурения среди всего взрослого населения рассчитывают по следующей формуле: $60 \times (0,51) + 30 \times (0,49) = 45\%$, где цифры в скобках – это весовые коэффициенты мужского и женского населения. Таким образом, в суммарном пока-</p>
--	---

	зателе распространенности (45%) на мужчин приходится 66,7% [= (30 : 45) x 100], а на женщин 33,3% [= (15 : 45) x 100].
Схема мониторинга и оценки	Итоговый результат
Метод расчета 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	Пол
Единица измерения	Процент
Ожидаемая периодичность распространения данных	Непрерывно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Сбор данных проводят каждые 1–4 года
Ограничения	н/п

Элемент данных	Среднедушевое потребление алкоголя (из расчета чистого спирта) среди взрослого населения (15 лет и старше)
Название индикатора	(3) 1.1.с. 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 учтенному и неучтенному потреблению
Сокращенное название	СПА
Тип данных	Коэффициент
Тема	Факторы риска
Обоснование	СПА входит в набор основных индикаторов, используемых для мониторинга масштабов, структуры и тенденций потребления алкоголя взрослым населением. Это согласованный индикатор в рамках комплексной глобальной системы мониторинга неинфекционных заболеваний.
Определение	Общее (сумма учтенного и неучтенного) СПА – это количество потребленного алкоголя (в литрах чистого спирта), которое приходится на одного взрослого (15 лет и старше) человека в течение календарного года. Учтенное потребление алкоголя основано на данных официальной статистики (о производстве, импорте, экспорте, продажах и налогообложении), а неучтенное потребление относится к алкогольным напиткам, которые не охвачены налогообложением и находятся вне системы обычного государственного контроля. В странах, где число туристов в год по меньшей мере равно числу местных жителей, потребление спиртных напитков туристами принимается во внимание и соответствующие объемы вычитаются из цифр учтенного СПА. Числитель: количество учтенного потребленного алкоголя (в литрах чистого спирта), которое приходится на одного взрослого (15 лет и старше) человека в течение календарного года. Знаменатель: среднегодовая численность жителей (в возрасте 15 лет и старше) за тот же год согласно Мировым демографическим прогнозам ООН ^c (используется средний вариант).
Сопряженные термины	Чистый спирт – 100%-ный этанол
Предпочтительные источники данных	Глобальная обсерватория здравоохранения
Другие возможные источники данных	ЗДВ Системы административной отчетности
Метод измерения	Учтенное СПА рассчитывается как суммарное потребление чистого

^c Отдел народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Секретариата ООН. World population prospects: the 2008 revision: highlights. United Nations (<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/trends/population-prospects.shtml>, accessed 12 March 2014).

	<p>спирта с учетом всех типов напитков (пиво, вино, крепкие спиртные напитки и др.) и различных источников данных. В первую очередь используют данные официальной государственной статистики; следующие по приоритетности – это находящиеся в открытом доступе статистические данные о производстве алкогольной продукции</p> <p>в различных странах (например, данные исследовательского агентства International Wine and Spirit Research, международной организации International Organisation of Vine and Wine, Института вин (Wine Institute), справочника World Drink Trends); третьим по приоритетности источником информации может служить статистическая база данных Продовольственной и сельскохозяйственной организации Объединенных Наций (FAOSTAT). В странах, где в качестве источника данных используют FAOSTAT, цифры учтенного потребления могут включать также неучтенное. После введения в классификацию категории «другие напитки» были уточнены определения. Так, «пиво» – это солодовое пиво, «вино» – вина, изготовленные из винограда, «крепкие спиртные напитки» – все спиртные 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. В некоторых странах в начале 2000-х годов источники данных претерпели изменения.</p>
<p>Метод оценки</p>	<p>Для того чтобы произвести пересчет на литры чистого спирта, используют следующие принятые значения содержания алкоголя (в объемных процентах) в различных напитках:</p> <p>пиво (на основе ячменя) – 5%;</p> <p>вина: виноградное вино – 12%, вино на основе виноградного сула – 9%, вермут – 16%;</p> <p>крепкие спиртные напитки: полученные путем перегонки, – 40%, настойки и аналогичные крепленые напитки – 30%;</p> <p>другие напитки: пиво из сорго, проса, кукурузы – 5%, сидр – 5%, крепленые вина – 17–18%, напитки, полученные в результате брожения пшеницы или риса, – 9%, другие напитки на основе сбраживания – 9%.</p> <p>Поскольку в различных источниках данных могут быть использованы различные коэффициенты пересчета для определения содержания чистого спирта, в некоторых случаях суммарное значение учтенного СПА по конкретным напиткам может отличаться от имеющегося показателя общего потребления.</p>
<p>Схема мониторинга и оценки</p>	<p>Комплексная глобальная система мониторинга неинфекционных заболеваний</p>
<p>Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей</p>	<p>Данные СПА имеются почти по всем странам. Для расчета региональных и глобальных оценочных данных используются страновые данные, средневзвешенные по численности населения.</p>
<p>Разбивка</p>	<p>Тип алкогольного напитка (пиво, вино, крепкие спиртные напитки)</p>

	и другие алкогольные напитки) Учтенное и расчетное неучтенное потребление
Единица измерения	Литры чистого спирта на человека в год Литры чистого спирта на взрослого (15 лет и старше) в год
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Невозможно учесть такие факторы, как накапливание запасов, потери или проливание напитков, трансграничная торговля (регистрируемая различными территориальными ведомствами), беспошлинная продажа напитков, суррогатный алкоголь, различия в крепости напитков. Все это может влиять на точность учтенного 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 в возрасте 18 лет и старше, индекс массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м² и ≥ 30 кг/м² соответственно
Название индикатора	(4) 1.1.d. Стандартизированная по возрасту распространенность избыточной массы тела и ожирения (определяемых по значениям ИМТ: ≥ 25 кг/м ² – избыточная масса тела, ≥ 30 кг/м ² – ожирение) среди людей в возрасте 18 лет и старше, по возможности в разбивке по возрасту и полу, отдельно для показателей, полученных в результате измерений и по самооценке
Сокращенное название	Избыточная масса тела и ожирение
Тип данных	Статистические данные
Тема	Факторы риска
Обоснование	<p>Избыточная масса тела вызывает предрасположенность к различным НИЗ, таким как сердечно-сосудистые заболевания, диабет и некоторые виды злокачественных новообразований. Ожирение является растущей проблемой общественного здравоохранения в масштабе всего Европейского региона ВОЗ, в большинстве стран которого свыше 50% взрослых людей имеют избыточную массу тела (включая ожирение). Существуют эффективные вмешательства для профилактики и успешной борьбы с избыточной массой тела и ожирением. Снижение массы тела ведет к сокращению многих рисков.</p> <p>Избыточная масса тела и ожирение:</p> <ul style="list-style-type: none"> определяются как аномальное или избыточное накопление жировой ткани, что может приводить к нарушениям здоровья; имеют серьезные последствия в плане заболеваемости, инвалидности и снижения качества жизни; влекут за собой повышенный риск развития диабета 2-го типа, сердечно-сосудистых заболеваний, ряда распространенных форм злокачественных новообразований, остеоартроза и других болезней; представляют собой серьезную проблему общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. <p>В мировом масштабе по состоянию на 2008 г. избыточной массой тела обладали свыше 1,4 млрд человек в возрасте старше 20 лет. Среди них более 200 млн мужчин и почти 300 млн женщин страдали ожирением. В Европейском регионе ВОЗ стандартизированная по возрасту распространенность избыточной массы тела составила 58,3% среди взрослых мужчин и 51,2% среди взрослых женщин.</p>
Определение	Распространенность рассчитывается как процент населения в возрасте 18 лет и старше с избыточной массой тела или ожирением (ИМТ ≥ 25 кг/м ² – избыточная масса тела, ≥ 30 кг/м ² – ожирение).
Сопряженные термины	Избыточный вес

Предпочтительные источники данных	ЗДВ
Другие возможные источники данных	<p>Популяционные обследования и существующие механизмы эпиднадзора</p> <p>Репрезентативные на национальном уровне обследования населения с измерением веса и роста</p>
Метод измерения	Значения веса и роста, получаемые путем непосредственного измерения или опроса респондентов
Метод оценки	<p>Распространенность избыточной массы тела определяется как доля взрослого населения в возрасте 18 лет и старше с ИМТ, равным или превышающим 25 кг/м^2. Показатель вычисляется по следующей формуле: (число лиц с ИМТ, равным или превышающим 25 кг/м^2, деленное на общее число обследованных) $\times 100$.</p> <p>Распространенность ожирения определяется как доля взрослого населения в возрасте 18 лет и старше с ИМТ, равным или превышающим 30 кг/м^2. Показатель вычисляется по следующей формуле: (число лиц с ИМТ, равным или превышающим 30 кг/м^2, деленное на общее число обследованных) $\times 100$.</p>
Схема мониторинга и оценки	Итоговый результат
Метод расчета 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).
Разбивка	Пол
Единица измерения	Процент
Ожидаемая периодичность распространения данных	Непрерывно, с использованием Европейской базы данных ВОЗ по питанию, ожирению и физической активности; по мере публикации результатов новых обследований соответствующие данные заносятся в ее массив
Ожидаемая периодичность сбора данных	Различается по странам
Ограничения	Использование репрезентативных оценок распространенности на национальном уровне ограничивает возможность проведения сравнения между различными странами, поскольку обследования проводятся в различные годы и применяются различные методики сбора данных (непосредственное измерение веса и роста либо отчеты респондентов), формирования выборки и установления возрастного диапазона для обследования.

Элементы данных	<p>Процент детей, вакцинированных против кори</p> <p>Процент младенцев, вакцинированных против полиомиелита</p> <p>Процент младенцев, вакцинированных против краснухи</p>
Название индикатора	(5) 1.2.а. 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	н/п
Тип данных	Статистические данные
Тема	<p>Достижение и устойчивость элиминации отдельных болезней, предупреждаемых с помощью вакцин</p> <p>Охват услугами здравоохранения</p>
Обоснование	<p>Сведения по охвату иммунизацией используются в различных целях:</p> <p>для мониторинга деятельности служб иммунопрофилактики на местном, национальном и международном уровнях;</p> <p>как направляющий ориентир при реализации программ ускоренной борьбы с болезнями, таких как ликвидация полиомиелита, борьба с корью и элиминация столбняка новорожденных;</p> <p>для выявления слабых мест в работе систем, ликвидация которых может потребовать дополнительных ресурсов и более пристального внимания;</p> <p>в качестве аргумента для принятия решения о внедрении в практику какой-либо новой вакцины.</p> <p>Представление достоверных ретроспективных сведений об охвате иммунизацией имеет важное значение для оценки тенденций в деятельности системы иммунопрофилактики, уточнения связей между предоставлением услуг иммунизации и частотой возникновения случаев болезни, а также для постановки целей по росту показателей охвата.</p>
Определение	<p>Процент детей, вакцинированных против кори, – это доля детей, достигших двухлетнего возраста, которые были полностью вакцинированы против кори (1 доза).</p> <p>Процент младенцев, вакцинированных против полиомиелита, – это доля младенцев, достигших годовалого возраста в отчетном календарном году, которые были полностью вакцинированы против полиомиелита (3 дозы).</p> <p>Процент младенцев, вакцинированных против краснухи, – это доля детей, достигших двухлетнего возраста в отчетном календарном году, которые были полностью вакцинированы против краснухи (1 доза).</p> <p>Данные по всем трем показателям ежегодно представляются в Европейское региональное бюро ВОЗ, подразделение по инфекционным болезням.</p>

Сопряженные термины	н/п
Предпочтительные источники данных	ЗДВ
Другие возможные источники данных	<p>Форма совместной отчетности ВОЗ и Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ)</p> <p>Обследование по показателям демографии и здоровья (DHS)</p> <p>Кластерное обследование по множественным показателям (MICS)</p>
Метод измерения	<p>Уровни охвата иммунизацией представляют в виде процентной доли целевой группы населения, которая была вакцинирована. Охват обычно рассчитывают по каждому антигену и по числу полученных доз вакцины. Так, например, охват иммунизацией тремя дозами коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакцины (КДС-3) вычисляют путем деления числа детей, получивших третью дозу КДС, на число детей, достигших возраста одного года. Выбор целевой группы может быть различным в зависимости от принятых в стране правил и практики, от конкретной вакцины и дозы, по которой определяется охват. В большинстве случаев целевое население – это численность детей, достигших годовалого возраста.</p>
Метод оценки	<p>В целом в основе оценок охвата иммунизацией лежат два источника эмпирических данных: отчеты о проведенной вакцинации, поступающие от служб иммунопрофилактики (административные данные), и опросные исследования, включающие пункты по прививочному анамнезу детей (опросы по охвату). При составлении оценок на основе административных данных службы иммунопрофилактики (районные лечебно-профилактические учреждения, бригады вакцинации и врачи) представляют в местный орган общественного здравоохранения сводные данные о количестве прививок, сделанных в течение определенного периода (обычно одного месяца). Эти данные анализируют и при необходимости принимают соответствующие меры. Затем данные суммируют и представляют на вышестоящий административный уровень. На национальном уровне все поступившие данные вновь суммируют и анализируют, а затем используют для определения политики иммунизации и программных приоритетов, а также для влияния на распределение ресурсов.</p>
Схема мониторинга и оценки	н/п

<p>Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей</p>	<p>Оценка глобального и регионального охвата иммунизацией базируется на отчетах государств-членов ВОЗ. В тех случаях, когда цифры охвата не сообщаются (то есть когда вакцина присутствует в календаре плановых прививок, но данные охвата не представлены в штаб-квартиру ВОЗ), используют статистический метод для расчета наиболее вероятного значения охвата; полученные цифры используют в глобальных и региональных расчетах. Имеется три типа нехватки данных:</p> <p>отсутствуют данные, предшествующие первым представленным сведениям по охвату, – в таких случаях предшествующий охват оценивают как 0%;</p> <p>отсутствуют данные между двумя годами, по которым получены отчетные сведения, – в таких случаях оценка охвата за пропущенный год вычисляется по линейной интерполяции двух известных значений охвата;</p> <p>отсутствуют данные за годы, следующие за последним представленным значением охвата, – если поступление отчетных данных по охвату прекращается, то дальнейшие расчеты проводят на основе предположения, что в последующие годы охват остается на том же уровне, что и в последнем представленном отчете.</p> <p>Статистическую оценку охвата производят только в тех случаях, когда министерство здравоохранения страны не представляет данных по охвату.</p> <p>Глобальный и региональный охват вычисляют с использованием оценочных и представленных значений охвата в странах в сочетании с оценочными цифрами целевого населения, взятыми из <i>Мировых демографических прогнозов ООН</i>^d.</p>
<p>Разбивка</p>	<p>По типам вакцин</p>
<p>Единица измерения</p>	<p>Процент</p>
<p>Ожидаемая периодичность распространения данных</p>	<p>Ежегодно</p>
<p>Ожидаемая периодичность сбора данных</p>	<p>Ежегодно</p>
<p>Ограничения</p>	<p>Могут возникать систематические ошибки в вычислениях в результате неполной отчетности о проведенных прививках, исключения из расчетов территорий, не представивших отчетности, а также при неверном определении знаменателя (численности целевого населения).</p>

^d Отдел народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Секретариата ООН. World population prospects: the 2008 revision: highlights. United Nations; <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/trends/population-prospects.shtml>, accessed 12 March 2014.

Элемент данных	Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности от внешних причин травм и отравлений, для всех возрастов, на 100 000 человек населения
Название индикатора	(6) 1.3.а. Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности от всех внешних причин и травм, в разбивке по полу
Сокращенное название	СКС, внешние причины травм и отравлений на 100 000 населения
Тип данных	Коэффициент
Тема	Показатели здоровья
Обоснование	Число случаев смерти на 100 000 чел. находится под влиянием возрастной структуры населения. Две группы населения с одинаковыми по возрасту коэффициентами смертности от конкретных причин будут иметь различные коэффициенты общей смертности, если возрастные структуры этих групп населения различаются. Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности позволяют нивелировать различия возрастных структур населения за счет приведения по возрасту коэффициентов смертности, наблюдаемых в каждой группе, к параметрам стандартного населения.
Определение	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности – это средневзвешенное значение по возрасту коэффициентов смертности на 100 000 человек населения, где в качестве весовых коэффициентов использованы доли соответствующих возрастных групп стандартного европейского населения ВОЗ. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности рассчитывают с использованием прямого метода, т. е. он таков, каким мог бы быть исходный нестандартизированный коэффициент, если бы возрастная структура населения была такой же, как в стандартном европейском населении. Коды по МКБ-10: V01–V99, W00–W99, X00–X99, Y00–Y98.
Сопряженные термины	Стандартное европейское население ВОЗ
Предпочтительные источники данных	ЗДВ и ЗДВ-MDB
Другие возможные источники данных	Регистрация актов гражданского состояния и оформление медицинского свидетельства о причине смерти Опросные обследования домохозяйств Переписи населения Системы выборочной или дозорной регистрации Специальные исследования Системы эпиднадзора
Метод измерения	Данные о случаях смерти, в разбивке по причинам, возрасту и полу, собираемые с использованием национальных систем регистрации случаев смерти или выборочных систем регистрации

Метод оценки	<p>По всем государствам-членам ВОЗ имеются таблицы вероятности дожития, содержащие коэффициенты смертности от всех причин (в разбивке по возрасту и полу), которые составляют на основе доступных данных регистрации случаев смерти, систем выборочной регистрации, а также данных о детской и взрослой смертности, получаемых в результате переписей населения и опросных исследований.</p> <p>Оценка распределения смертности по причинам смерти основана на данных регистрации случаев смерти, эпидемиологических исследований на популяционном уровне, регистров по конкретным болезням и систем уведомления в отношении отдельных причин смерти. Причины смерти для групп населения, не имеющих пригодных для обработки данных регистрации смерти, оценивают при помощи моделей причин смерти с одновременным использованием данных эпидемиологических исследований на популяционном уровне, регистров болезней и систем уведомления в отношении 21 конкретной причины смерти.</p>
Схема мониторинга и оценки	Окончательный полезный эффект
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Агрегирование оценочных показателей смертности по причинам смерти, возрасту и полу позволяет государствам-членам ВОЗ рассчитывать оценочные значения региональных и глобальных коэффициентов смертности, в разбивке по возрасту, полу и причинам смерти
Разбивка	<p>Возраст</p> <p>Причина смерти</p> <p>Пол</p>
Единица измерения	Число случаев смерти на 100 000 человек населения
Ожидаемая периодичность распространения данных	Каждые 2–3 года
Ожидаемая периодичность сбора данных	Непрерывно
Ограничения	н/п

Элемент данных	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет)
Название индикатора	(7) 2.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, в разбивке по полу
Сокращенное название	ОПЖ при рождении
Тип данных	Статистические данные
Тема	Повышение ожидаемой продолжительности жизни в Европе
Обоснование	Индикатор ожидаемой продолжительности жизни при рождении отражает уровень общей смертности населения. Он суммирует преобладающие характеристики смертности по всем возрастным группам – среди детей и подростков, взрослых и пожилых.
Определение	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении – это среднее число лет, которое предстоит прожить человеку, родившемуся в данном году, при условии, что на протяжении всей его жизни возрастно-половые показатели смертности останутся такими же, как и на момент его рождения – в конкретном году, в конкретной стране, географической области или на конкретной территории.
Сопряженные термины	Таблица дожития
Предпочтительные источники данных	ЗДВ
Другие возможные источники данных	Системы регистрации актов гражданского состояния Опросные обследования домохозяйств Переписи населения
Метод измерения	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении определяется при помощи таблиц дожития на основе значений коэффициента смертности, в разбивке по возрасту и полу. Значения ожидаемой продолжительности жизни при рождении, которые приводит Организация Объединенных Наций, представляют собой среднегодовые оценки, соответствующие данным пятилетних демографических прогнозов ООН (по варианту среднего уровня фертильности).
Метод оценки	Методы оценки таблиц дожития, выпускаемых ВОЗ для государств-членов, различаются в зависимости от имеющихся в наличии данных для оценки детской и взрослой смертности. ВОЗ разработала типовую таблицу дожития, используя модифицированную логит-систему, основанную примерно на 1800 таблицах дожития, составленных с помощью данных регистрации актов гражданского состояния, которые были признаны по своему качеству пригодными для составления таблиц дожития и их оценки с использованием ограниченного числа вводимых параметров. Если имеются данные о смертности, основанные на регистрации актов гражданского состояния, проводится оценка их качества; эти данные, если необходимо, корректируют с учетом полноты

	<p>регистрации и используют непосредственно для составления таблиц дожития.</p> <p>Если отсутствуют данные о смертности, основанные на регистрации актов гражданского состояния, за последний год, то таблицы дожития составляют с использованием доступных данных за годы начиная с 1985 г.</p> <p>Если нет никаких пригодных для использования данных, основанных на регистрации актов гражданского состояния, то берут последние материалы таблиц дожития, опубликованные Отделом по народонаселению ООН.</p>
Схема мониторинга и оценки	Окончательный полезный эффект
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Число случаев смерти, оцененное на основании таблиц дожития, и численность населения в разбивке по возрастным группам объединяют в сводные показатели по соответствующим регионам, чтобы рассчитать региональные таблицы дожития
Разбивка	Пол
Единица измерения	Число лет
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Зависит от наличия и качества данных

Элемент данных	Коэффициент младенческой смертности (вероятность смерти ребенка от момента рождения до достижения возраста 1 года, на 1000 живорожденных)
Название индикатора	(8) 3.1.а. Младенческая смертность на 1000 живорожденных, в разбивке по полу
Сокращенное название	н/п
Тип данных	Коэффициент
Тема	Показатели здоровья
Обоснование	Младенческая смертность является важным компонентом смертности детей в возрасте до 5 лет. Как и показатель смертности детей до 5 лет, уровень младенческой смертности используется для оценки выживаемости детей. Он также отражает социальные, экономические и экологические условия жизни детей (и других групп населения), включая оказание лечебно-профилактической помощи. Поскольку нередко отсутствуют данные о заболеваемости и распространенности болезней, для выявления уязвимых групп населения часто используют показатели смертности. Уровень младенческой смертности является одним из индикаторов для Целей развития тысячелетия.
Определение	Коэффициент младенческой смертности – это вероятность смерти ребенка, родившегося в конкретном году или в конкретный период, до достижения им возраста одного года, рассчитываемая исходя из значений повозрастных коэффициентов смертности за тот же период. Строго говоря, уровень младенческой смертности не является коэффициентом (т. е. интенсивным показателем, рассчитанным как отношение числа случаев смерти к численности группы риска за определенный период времени). Это вероятность смерти, значение которой получено по таблице дожития, выраженная в виде коэффициента на 1000 живорожденных.
Сопряженные термины	Живорожденный, живорождение
Предпочтительные источники данных	ЗДВ
Другие возможные источники данных	Системы регистрации актов гражданского состояния Демографические опросы
Метод измерения	Наиболее часто используемые методы на основе вышеперечисленных источников данных: Регистрация актов гражданского состояния: число случаев смерти в возрасте 0 лет и численность населения этого же возраста используются для расчета коэффициента смертности, который затем конвертируется в значение вероятности смерти в данном возрасте.

	<p>Переписи населения и опросные исследования: используют непрямой метод, основанный на вопросах, задаваемых каждой женщине в репродуктивном возрасте, относительно того, сколько всего детей она родила и сколько из них живы. Затем для получения оценок младенческой смертности используют метод Брасса и типовые таблицы дожития.</p> <p>Опросные исследования: используют прямой метод сбора анамнестических сведений о деторождении – женщине задают ряд подробных вопросов в отношении каждого ребенка, рожденного на протяжении жизни. Для уменьшения ошибок выборки оценки обычно представляют в виде коэффициентов за определенные периоды, по 5 или 10 лет до проведения исследования.</p>
<p>Метод оценки</p>	<p>ВОЗ определяет динамику коэффициента младенческой смертности, используя стандартную методологию, в разбивке по группам стран в зависимости от вида и качества источника данных.</p> <p>В странах с наличием пригодных данных в динамике, получаемых из системы регистрации актов гражданского состояния, берут возрастное распределение смертности (между младенческим возрастом и возрастом до 5 лет) на основе самых последних данных и используют эти цифры в качестве стандарта для модифицированной логистической таблицы дожития, разработанной ВОЗ, что позволяет преобразовать прогнозируемый коэффициент смертности в возрасте до 5 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 анамнеза деторождений, собранного в ходе опросов, они могут быть искаженными. Поэтому для таких стран младенческую смертность определяют, используя прогнозируемые коэффициенты смертности в возрасте до 5 лет, преобразованные в показатели младенческой смертности с помощью типовых таблиц дожития Коула – Демени.</p> <p>Межучрежденческая группа ООН по оценке детской смертности, в которую входят представители ЮНИСЕФ, ВОЗ, Всемирного Банка и Отдела по народонаселению ООН, активно занимается гармонизацией и проведением совместных оценок. При этом уровни младенческой смертности рассчитывают с использованием одинаковых методов в отношении данных, получаемых из государств-членов. Эти методы направлены на обеспечение сопоставимости данных по всем странам и в любой период времени, поэтому полученные уровни младенческой смертности не всегда совпадают с официальными национальными данными.</p>
<p>Схема мониторинга и оценки</p>	<p>Окончательный полезный эффект</p>
<p>Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей</p>	<p>Глобальные и региональные оценки основаны на расчетных значениях числа случаев смерти и численности населения в возрастной группе до 1 года, агрегированных по соответствующему региону.</p>

Разбивка	0–27 дней, 28 дней – < 1 года
Единица измерения	Число случаев смерти на 1000 живорожденных
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	<p>Предпочтительный источник данных в отношении младенческой смертности – это системы регистрации актов гражданского состояния. Однако многие развивающиеся страны не имеют хорошо функционирующей системы регистрации, точно отражающей все случаи рождения и смерти. Поэтому основным источником данных в отношении детской смертности в развивающихся странах стали опросные исследования домохозяйств, такие как опросы по показателям демографии и здоровья (DHS), а также кластерные исследования по многим показателям (MICS).</p> <p>Существуют некоторые ограничения, связанные с качеством таких исследований. К оценкам, получаемым в результате опросных исследований домохозяйств, прилагают доверительные интервалы, которые следует принимать во внимание, проводя сравнение значений показателей во времени или между странами. Эти оценки нередко страдают от погрешностей, не связанных с выборкой. Как 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 в указании 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 5 лет, что делает такую оценку более устойчивой к ошибкам в сравнении с оценкой уровня младенческой смертности, если источником информации служат опросные исследования домохозяйств.</p>

Элемент данных	Доля детей в возрасте, официально установленном для прохождения начального школьного обучения, не посещающих школу
Название индикатора	(9) 3.1.с. Доля детей в возрасте, официально установленном для прохождения начального школьного обучения, не посещающих школу, в разбивке по полу
Сокращенное название	Дети в возрасте, установленном для прохождения начального школьного обучения, не посещающие школу
Тип данных	Процент
Тема	Социальные детерминанты и неравенства
Обоснование	Образование и неравенства входят в число основных детерминант здоровья. Определение численности и процентной доли детей, не посещающих школу, может помочь в сокращении неравенств в отношении здоровья и вести к улучшениям общих показателей здоровья и благополучия.
Определение	Численность детей в возрасте, установленном для прохождения начального школьного обучения, не посещающих начальную или среднюю школу, выражается как процент от численности населения в возрасте, официально установленном для прохождения начального школьного обучения. Дети, получающие дошкольное образование, в расчетах не учитываются и рассматриваются как не посещающие школу.
Сопряженные термины	Дети, не посещающие школу
Предпочтительные источники данных	ЗДВ
Другие возможные источники данных	Институт статистики (UIS) Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) Школьные журналы Данные обследований учебных заведений и школьных переписей, относящиеся к охвату детей школьным обучением Переписи населения или оценочные популяционные данные
Метод измерения	Стандартный расчет процента с использованием числителя и знаменателя. Значение числителя получают путем вычитания числа детей младшего школьного возраста, учащихся в начальной школе, из численности всего детского населения в возрасте, официально установленном для прохождения начального школьного обучения. Знаменатель – численность всего детского населения в возрасте, официально установленном для прохождения начального школьного обучения.
Метод оценки	Точечная оценка на основе анализа данных в области образования
Схема мониторинга и оценки	Итоговый результат

Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Сравнение значений показателя между различными странами
Разбивка	Пол
Единица измерения	Процент
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Нерегулярно
Ограничения	Несоответствия между данными по охвату школьным обучением и численности населения, поступающими из различных источников, могут создавать трудности в точном подсчете числа детей, не посещающих школу.

Элемент данных	Уровень безработицы
Название индикатора	(10) 3.1.d. Уровень безработицы, в разбивке по возрасту и полу
Сокращенное название	Уровень безработицы
Тип данных	Коэффициент
Тема	Социальные детерминанты и неравенства
Обоснование	Трудовая занятость – это одна из социальных детерминант здоровья. Количественная оценка безработицы и принятие мер по ее сокращению могут вносить вклад в сокращение неравенств в отношении здоровья и вести к улучшениям общих показателей здоровья и благополучия.
Определение	<p>В категорию безработных входят все лица трудоспособного возраста, которые: а) не имели работы в течение учетного периода (то есть не работали по найму или на условиях самозанятости); б) могли работать (то есть были готовы к работе по найму или на условиях самозанятости в течение учетного периода); в) искали работу (то есть предпринимали конкретные шаги в течение определенного недавнего интервала времени, направленные на поиск работы по найму или на условиях самозанятости). В целях обеспечения международной сравнимости данных период поиска работы часто определяют как предшествующие четыре недели; однако этот параметр варьируется по странам.</p> <p>Конкретные шаги по поиску работы могут включать регистрацию на государственной или частной бирже труда, подачу заявки работодателю на занятие вакантного рабочего места, поиск вакансий на предприятиях, размещение газетных объявлений или ответы на имеющиеся объявления, обращение за помощью к друзьям или родственникам, обращение за получением рабочих разрешений и лицензий.</p>
Сопряженные термины	Безработица
Предпочтительные источники данных	Статистика Международной организации труда (МОТ)
Другие возможные источники данных	Обследования трудовых ресурсов Переписи населения Реестры
Метод измерения	Стандартный расчет процента с использованием числителя и знаменателя. Числитель получают путем подсчета численности лиц установленной возрастной группы, являющихся безработными в течение учетного периода. Знаменатель – общая численность занятого населения и безработных лиц (то есть численность трудовых резервов) в той же возрастной группе и за тот же учетный период.
Метод оценки	Точечная оценка на основе анализа опросных данных

Схема мониторинга и оценки	Итоговый результат
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	<p>Общая численность населения – это число лиц всех возрастов, живущих в стране в течение учетного периода, вне зависимости от статуса проживания или гражданства.</p> <p>Для целей статистики население трудоспособного возраста – это все лица старше установленного нижнего возрастного порога, в отношении которых выясняют характер экономической активности. В целях обеспечения международной сравнимости данных население трудоспособного возраста обычно включает людей в возрасте 15 лет и старше, однако этот параметр варьируется по странам. Помимо нижнего возрастного порога в некоторых странах также используют верхний возрастной порог. Это означает, что при подсчете численности населения трудоспособного возраста исключают всех лиц старше установленного возраста. Однако в большинстве верхний возрастной порог не применяется.</p> <p>Гармонизированные оценочные данные получают из статистических источников МОТ.</p>
Разбивка	<p>Возраст</p> <p>Пол</p>
Единица измерения	Процент
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Валидность показателей зависит от точности данных и уровней охвата при проведении социологических обследований по вопросам трудовой занятости

Элемент данных	Стратегии, направленные на сокращение несправедливостей в отношении здоровья
Название индикатора	(11) 3.1.е. Наличие разработанной и документированной национальной и/или субнациональной политики по сокращению несправедливостей в отношении здоровья
Сокращенное название	Стратегии, направленные на сокращение несправедливостей в отношении здоровья
Тип данных	Процент (стран Региона с наличием такой политики)
Тема	Стратегическое руководство в области здравоохранения
Обоснование	Выяснение вопроса о наличии или отсутствии национальных и субнациональных стратегий, направленных на сокращение несправедливостей в отношении здоровья, может помочь в получении более полного представления о пробелах в проводимой политике. Принятие мер по заполнению таких пробелов может вести к улучшениям общих показателей здоровья и благополучия.
Определение	Несправедливости в отношении здоровья – это социально несправедливые различия в показателях здоровья и благополучия. Социальные детерминанты здоровья включают в себя все политические, социальные, экономические, институциональные и средовые факторы, определяющие условия повседневной жизни людей (работа и условия труда, семья, питание, жилье и бытовая инфраструктура, образование, медицинская и социальная помощь и др.); распределение властных полномочий, денег и других ресурсов (бедность, социальная защита, налогообложение и др.); уровень обеспечения прав и возможностей граждан и общества (индивидуальные и социальные права, сети, социальная сплоченность и социальный капитал).
Сопряженные термины	Политика и стратегии, сокращение несправедливостей в отношении здоровья
Предпочтительные источники данных	Опрос государств-членов
Другие возможные источники данных	Анализ национальных отчетов и веб-сайтов
Метод измерения	Опрос, проводимый силами Европейского регионального бюро ВОЗ
Метод оценки	Анализ получаемых ответов
Схема мониторинга и оценки	Вкладываемые ресурсы
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Анализ результатов опроса
Разбивка	н/п

Единица измерения	Категориальный дихотомический (Да/Нет) индикатор на страновом уровне Процент на региональном уровне
Ожидаемая периодичность распространения данных	Каждые три года
Ожидаемая периодичность сбора данных	Каждые три года
Ограничения	Зависит от коэффициента отклика и самооценки

Элемент данных	Коэффициент Джини
Название индикатора	(12) 3.1.f. Коэффициент Джини (распределение дохода)
Сокращенное название	Джини
Тип данных	Индекс
Тема	Социальные детерминанты и неравенства
Обоснование	Расчет коэффициента Джини, характеризующего распределение дохода, позволяет получить более глубокое представление о социальных неравенствах в целом и в отношении здоровья в частности, что ведет к принятию мер, направленных на улучшение общих показателей здоровья и благополучия.
Определение	Коэффициентом Джини измеряется степень, в которой распределение доходов (или, в некоторых случаях, потребительских расходов) среди отдельных лиц или домохозяйств отклоняется от идеально равномерного. На кривой Лоренца отмечены кумулятивные проценты полученного совокупного дохода в соотношении с кумулятивным числом реципиентов, начиная с наиболее бедного индивидуума или домохозяйства. Коэффициент Джини характеризует площадь на графике, ограниченную кривой Лоренца и гипотетической линией абсолютного равенства и выражен процентом максимальной площади под этой линией. Таким образом, значение коэффициента Джини «0» соответствует идеально равномерному распределению, значение «100» – абсолютной неравномерности.
Сопряженные термины	Распределение дохода, неравенства
Предпочтительные источники данных	ЗДВ
Другие возможные источники данных	База данных Всемирного банка Базы данных Евростат Данные о доходах населения Опросные обследования домохозяйств
Метод измерения	Различные методы сбора данных о доходах домохозяйство / потребительских расходах. Расчет проводится с использованием кривой концентрации доходов и распределения по группам населения.
Метод оценки	Даты по домохозяйствам используют для расчета показателей распределения дохода среди населения страны и, таким образом, для оценки степени социального неравенства. Оценка основана на построении кривой Лоренца.
Схема мониторинга и оценки	Полезный эффект
Метод расчета глобальных и регио-	н/п

нальных сводных показателей	
Разбивка	н/п
Единица измерения	Коэффициент
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Вследствие различий в исходных сведениях, использованных для расчета индикатора, данные из различных стран или даже из одной и той же страны, но за многие годы, не всегда полностью сопоставимы.

Элемент данных	Целевые ориентиры и индикаторы здоровья и благополучия в политике Здоровье-2020
Название индикатора	(13) 4.1.a. Удовлетворенность жизнью, в разбивке по возрасту и полу
Сокращенное название	Благополучие
Тип данных	Средний балл по населению
Тема	Благополучие населения
Обоснование	Несмотря на то что понятие благополучия является частью определения здоровья в формулировке 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 представлений о материальном благосостоянии и включила также другие жизненные аспекты.
Определение	Благополучие существует в двух измерениях – субъективном и объективном. Оно включает восприятие человеком действительности на основе его личного жизненного опыта, а также сравнение жизненных обстоятельств человека с социальными нормами и ценностями. Удовлетворенность жизнью отражает субъективную сторону благополучия.
Сопряженные термины	Благополучие
Предпочтительные источники данных	Опросные исследования, проводимые в государствах-членах
Другие возможные источники данных	н/п
Метод измерения	<p>Основной метод – это опросные исследования (по методикам Программы развития ООН и Института Гэллапа).</p> <p>Типичный всемирный опрос включает по меньшей мере 1000 случайно выбранных респондентов. В некоторых странах используют расширенные выборки в крупных городах и регионах, представляющих особый интерес. В некоторых крупных странах, таких как Китай и Российская Федерация, применяемый размер выборки составляет не менее 2000 респондентов. В отдельных случаях используют размер выборки от 500 до 1000 респондентов. Для валидации верного формирования выборки и для того, чтобы обеспечить рандомизированный выбор надлежащего респондента в каждом домохозяйстве, используют процедуры контроля качества. Методология Института Гэллапа позволяет обеспечить репрезентативность собираемых данных для 95% мирового взрослого населения (15 лет и старше)^е.</p> <p>Вопрос анкеты, посвященный общей удовлетворенности жизнью, сформулирован следующим образом. «Представьте себе лестницу со ступеня-</p>

^е World Poll methodology [website]. Washington, DC: Gallup, 2014
(<http://www.gallup.com/poll/105226/world-poll-methodology.aspx>, accessed 14 March 2014).

	<p>ми, пронумерованными от нуля внизу до десяти на самом верху. Предположим, что вершина лестницы отражает самую лучшую возможную для вас жизнь, а ее подножие – это наихудшая возможная для вас жизнь. На какой ступени лестницы вы себя ощущаете в настоящее время, предполагая, что чем выше ступень, тем лучше ваше восприятие жизни, и чем ниже ступень, тем это восприятие хуже? Какая ступень больше всего соответствует уровню ваших ощущений?»</p> <p>Средний балл «по ступеням» отражает уровень удовлетворенности жизнью среди населения.</p>
Метод оценки	н/п
Схема мониторинга и оценки	н/п
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Среднее значение корректируется в соответствии с методикой формирования выборки
Разбивка	Пол
Единица измерения	Среднее значение для населения страны
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	н/п

Элемент данных	Социальные связи/отношения
Название индикатора	(14) 4.1.b. Возможность получения социальной поддержки
Сокращенное название	н/п
Тип данных	Процент
Тема	Здоровье и благополучие
Обоснование	Настоящий основной индикатор определяет суждение человека о возможности получения для себя поддержки от родственников и друзей. Этот показатель следует отличать от субъективного параметра «самооценка поддержки» (perceived support), измеряющего уровень или степень удовлетворенности поддержкой.
Определение	Значение индикатора возможности получения социальной поддержки выражается в виде процента лиц в возрасте 50 лет и старше, которые утвердительно ответили на следующий вопрос анкеты: «Есть ли у вас родственники или друзья, на помощь которых вы всегда можете рассчитывать, если попадете в трудное положение?»
Сопряженные термины	Социальные связи
Предпочтительные источники данных	ЗДВ, на основе данных Всемирного опроса Гэллапа ^f
Другие возможные источники данных	Статистика Европейского союза по уровням дохода и условиям жизни (EU-SILC) включает следующие вопросы: в модуле 2006 г. – о «возможности обратиться к родственнику, другу или соседу за помощью» – по возрастным группам (65 лет и старше); в модуле 2013 г. – о «возможности получить помощь» – по возрастным группам (65 лет и старше). Другие национальные опросные исследования, использующие аналогичные методологические подходы и анкеты.
Метод измерения	Индикатор рассчитывается как доля респондентов, принявших участие в анкетировании группы населения в возрасте 50 лет и старше, утвердительно ответивших на вопрос о получении поддержки. При возможности сбор данных осуществляют применительно ко всему взрослому населению в разбивке по возрасту и полу.
Метод оценки	н/п
Схема мониторинга и оценки	Итоговый результат
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	н/п
Разбивка	Пол

^f Gallup analytics [website]. Washington, DC: Gallup, 2014 (<http://worldview.gallup.com>, accessed 16 May 2014).

	Возраст
Единица измерения	Процент
Ожидаемая периодичность распространения данных	Каждые 1–2 года
Ожидаемая периодичность сбора данных	Непрерывно
Ограничения	н/п

Элемент данных	Процент населения, проживающего с улучшенными санитарными удобствами
Название индикатора	(15) 4.1.с. Процент населения, проживающего с улучшенными санитарными удобствами
Сокращенное название	% населения с улучшенной санитарией
Тип данных	Процент
Тема	Экологические факторы
Обоснование	<p>Удовлетворительные жилищные условия, отвечающие требованиям гигиены, – это один из наиболее важных аспектов жизни человека. Поэтому определение уровня благополучия населения должно включать оценку жилищных условий и, в частности, доступ к удобствам – включая адекватное водоснабжение и наличие канализации, – которые рассматриваются в качестве основных жизненных потребностей и прав человека.</p> <p>Общепризнанно жизненно важное значение санитарии для здоровья и благополучия человека и ее роль как движущего фактора развития. В данном контексте также крайне важно учитывать наличие резких неравенств в темпах прогресса в предоставлении таких услуг населению, особенно разрыв между городскими и сельскими регионами, даже если рассматривать различные отправные точки. Наличие улучшенных санитарных удобств – это опосредованный показатель базового гигиенического обеспечения.</p>
Определение	<p>Определяющий признак улучшенных санитарных удобств – гигиеническое удаление человеческих экскрементов.</p> <p>Улучшенные санитарные удобства включают следующие средства сантехники:</p> <ul style="list-style-type: none"> • туалет со смывным бачком при наличии: <ul style="list-style-type: none"> ○ централизованной системы канализации, ○ септика, ○ выгреба; • вентилируемая выгребная яма улучшенного типа; • уборная выгребного типа с половым настилом; • биотуалет.
Сопряженные термины	н/п
Предпочтительные источники данных	ЗДВ
Другие возможные источники данных	Совместная программа ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу водоснабжения и санитарии (JMP) [§]

[§] JMP [website]. Geneva: WHO/UNICEF; 2014 (<http://www.wssinfo.org/>, accessed 19 May 2014).

	<p>Переписи населения и опросные исследования жилищных условий</p> <p>Обследование по показателям демографии и здоровья (DHS)</p> <p>Кластерное обследование по множественным показателям (MICS)</p> <p>Мировой обзор показателей здоровья</p> <p>Исследование по оценке условий жизни</p>
Метод измерения	<p>Программа JMP ВОЗ/ЮНИСЕФ отвечает за составление расчетных данных, позволяющих проводить сравнения между странами и во времени.</p> <p>Поскольку определения «улучшенных» санитарных удобств и источников питьевого водоснабжения широко варьируются по странам, JMP выработала стандартный набор категорий, используемых для анализа национальных данных, на которых базируется расчет тенденций в процессе достижения Целей развития тысячелетия (ЦРТ). Используемые популяционные данные, включая соотношение городского и сельского населения, берут из Мировых демографических прогнозов ООН^h.</p> <p>Определения и источники данных, используемые программой JMP, нередко отличаются от тех, что используют национальные органы.</p>
Метод оценки	<p>По каждой стране данные опросов и переписей наносят на временную шкалу с 1980 г. до настоящего времени. С использованием метода наименьших квадратов на основе нанесенных точек генерируют линейную тенденцию, показывающую оценочные значения для всех годов с 1990-го по 2012-й (при наличии возможности). Суммарная оценка представляет собой средневзвешенное значение данных для городского и сельского населения.</p> <p>Анализ тенденций в развитии санитарии на страновом уровне проводится для улучшенных санитарных удобств и применительно к открытой дефекации. В расчетные данные по улучшенным санитарным удобствам вносят поправку на долю населения, проживающего в условиях коллективного пользования такими удобствами. Поправочное соотношение (доля населения с наличием улучшенных санитарных удобств для коллективного пользования одним и более домохозяйствами, включая население, пользующееся только общественными туалетами), представляющий собой усредненное значение всех аналогичных соотношений из опросов домохозяйств и переписей, затем вычитают из расчетов тенденций развития улучшенных санитарных удобств. В результате получают расчетное значение для коллективного пользования санитарными удобствами.</p>
Схема мониторинга и оценки	Задачи и показатели ЦРТ
Метод расчета глобальных	Региональные показатели рассчитывают только в том случае, если имеющиеся данные охватывают по меньшей мере 50% общей чис-

^h Отдел народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Секретариата ООН. World population prospects: the 2012 revision: highlights. New York: United Nations; <http://esa.un.org/wpp/>, accessed 19 May 2014.

и региональных сводных показателей	ленности населения региона. При всех региональных расчетах и разбивках используют региональные группирования, принятые в отношении ЦРТ.
Разбивка	По домохозяйствам
Единица измерения	Процент
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	При выпуске в свет каждого доклада ЖМР ВОЗ/ЮНИСЕФ новые данные заменяют собой все сведения, приведенные в ранее опубликованных докладах. Поэтому следует пользоваться последними, наиболее достоверными наборами данных по годам и не смешивать их с предыдущими.

Элемент данных	Расходы домохозяйств на прямую оплату услуг здравоохранения как доля общих расходов на здравоохранение
Название индикатора	(16) 5.1.a. Расходы домохозяйств на прямую оплату услуг как доля общих расходов на здравоохранение
Сокращенное название	–
Тип данных	Процент
Тема	Ресурсы систем здравоохранения
Обоснование	Это один из основных индикаторов систем финансирования здравоохранения. Он способствует пониманию удельного веса прямых платежей из средств домохозяйств в общих расходах на здравоохранение. Значительные расходы на прямую оплату услуг имеют сильную корреляционную связь с катастрофическими тратами, ведущими к обнищанию, поэтому данный индикатор является одним из ключевых оценочных параметров в процессах планирования и повышения уровня социальной справедливости.
Определение	<p>Расходы на прямую оплату услуг выражают в виде процента от объема частных расходов на здравоохранение.</p> <p>Прямая оплата услуг здравоохранения из личных средств домохозяйств – это непосредственные денежные затраты домохозяйств, включая вознаграждения (в денежной и натуральной форме) практикующим врачам и поставщикам лекарств, изделий медицинского назначения и других товаров и услуг, предназначенных для восстановления или улучшения здоровья отдельных лиц или групп населения. Сюда также входят прямые платежи населения государственным службам, некоммерческим и неправительственным организациям, некомпенсируемые долевыми расходами, вычеты, соплатежи и прямая оплата получаемых медицинских услуг. В данный вид расходов не включают взносы предприятий и организаций, обеспечивающие медицинские и парамедицинские льготы для сотрудников (обязательные, согласно законодательству, или необязательные), а также оплата лечения за рубежом.</p>
Сопряженные термины	<p>Расходы на прямую оплату услуг</p> <p>Общие расходы на здравоохранения</p> <p>Частные расходы на здравоохранение</p>
Предпочтительные источники данных	ЗДВ
Другие возможные источники данных	<p>Системы административной отчетности</p> <p>Опросные обследования домохозяйств</p> <p>Национальные счета здравоохранения (НСЗ)</p> <p>Специальные исследования</p>
Метод измерения	С помощью НСЗ можно отслеживать финансовые потоки из домохозяйств, которые, таким образом, являются распорядителями

	<p>направления средств поставщикам услуг здравоохранения. В этот индикатор включены только прямые платежи.</p> <p>Подход НСЗ состоит в том, чтобы отслеживать транзакции, избегая дублирования учета, с целью всеобъемлющего охвата. Поэтому суммы страхового возмещения должны вычитаться. Транзакции в денежном и натуральном выражении учитывают на основе покупательских цен. Таким образом, размер натуральных, неденежных вознаграждений также определяют по покупательской стоимости. Имеются руководства по составлению НСЗⁱ.</p>
Метод оценки	<p>В странах, где финансовый год начинается в июле, данные о расходах относят на второй год (например, данные за 2007/2008 финансовый год будут показаны в 2008 г.), если для конкретной страны не предусмотрено иное.</p> <p>Эти данные генерируют из источников, которые ВОЗ использует на протяжении свыше 10 лет. Наиболее всеобъемлющие и последовательные данные в отношении финансирования здравоохранения генерируют по НСЗ. Не все страны имеют или регулярно обновляют НСЗ. В подобных случаях данные поступают от партнерских технических учреждений внутри страны или из документов и докладов, находящихся в открытом доступе, и их приводят в соответствие с системой НСЗ. Недостающие показатели оценивают с использованием различных методов учета в зависимости от имеющихся данных по каждой стране.</p> <p>Основные используемые международные справочные материалы: база данных Евростат, международная финансовая статистика Международного валютного фонда, статистические данные по вопросам здоровья Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), статистика ООН по национальным счетам.</p> <p>Национальные источники включают: отчеты НСЗ, отчеты по национальным счетам, комплексные финансовые исследования, отчеты о частных расходах, в разбивке по предназначению трат, институциональные отчеты частных структур, предоставляющих медико-санитарные услуги или финансирующих их, и в значительной степени актуарные и финансовые отчеты частных агентств медицинского страхования. Дополнительные источники: опросные исследования домохозяйств, обследования предпринимательской деятельности, экономические переписи и специальные разовые опросы.</p> <p>ВОЗ ежегодно направляет оценки соответствующим министерствам здравоохранения для подтверждения их правильности.</p>
Схема мониторинга и оценки	Окончательный полезный эффект

ⁱ A system of health accounts: 2011 edition. Paris: OECD Publishing; 2011 (http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts_9789264116016-en, accessed 14 March 2014); Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения: Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2003 (<http://www.who.int/health-accounts/documentation/RussianGuide.pdf?ua=1>, по состоянию на 9 апреля 2014 г.)

Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Средние показатели взвешивают по численности населения для получения глобальных и региональных средних показателей для групп населения по категориям дохода (классификация Всемирного банка) и регионов ВОЗ.
Разбивка	н/п
Единица измерения	Процент
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Данные в отношении оцениваемых расходов на здравоохранение собирают методом триангуляции информации, поступающей из нескольких источников, чтобы гарантировать, что учитываемые траты – это сумма всех государственных и частных расходов на здравоохранение. Некоторые цифры могут быть неточными – в тех случаях, когда в них не учтен весь товарно-денежный поток. Опросным исследованиям домохозяйств свойственны погрешности из-за ошибок выборки и систематических ошибок.

Элемент данных	Общие расходы на здравоохранение как процент валового внутреннего продукта (ВВП)
Название индикатора	(17) 5.1.с. Общие расходы на здравоохранение (как процент от ВВП)
Сокращенное название	–
Тип данных	Денежные средства
Тема	Ресурсы систем здравоохранения
Обоснование	Это один из основных индикаторов систем финансирования здравоохранения. Он помогает определить скорректированный по паритету покупательной способности (ППС) объем общих расходов на здравоохранение в пользу конкретного населения, что позволяет проводить международные сравнения.
Определение	Общие расходы на здравоохранение – это сумма общих государственных и частных расходов на здравоохранение. Расчет этого индикатора осуществляет ВОЗ совместно с ОЭСР и Всемирным банком. Оценки в максимально возможной степени основываются на классификации НСЗ (более подробно – см. <i>Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г.</i> ¹). Источниками служат как предоставляемые страновые данные, так и оценки, составленные международными организациями, такими как Всемирный банк, Международный валютный фонд, ООН и ОЭСР. Поэтому итоговые оценки могут в известной степени отличаться от официальных данных национальной статистики, представляемых странами.
Сопряженные термины	Общие расходы на здравоохранение
Предпочтительные источники данных	ЗДВ
Другие возможные источники данных	База данных НСЗ ВОЗ Данные ООН о численности населения Данные ОЭСР по показателям здоровья
Метод измерения	Индикаторы НСЗ основаны на информации в отношении расходов, собираемой в рамках международно признанной системы. НСЗ обобщают информацию о финансовых потоках системы здравоохранения, зарегистрированную по происхождению ресурсов (источники) и по распорядителям фондов, или закупщикам (механизмы финансирования), которые распределяют денежные средства между поставщиками для оплаты отобранных товаров и услуг здравоохранения в интересах граждан (бенефициаров). Бенефициары анализируются по многим аспектам – географическому, демографическому, социально-экономическому и эпи-

¹ The world health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/>, accessed 13 March 2014). Краткий обзор на русском языке: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г.: Совместная работа на благо здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2006 (http://www.who.int/whr/2006/06_overview_ru.pdf?ua=1, по состоянию на 9 апреля 2014 г.).

	<p>демологическому.</p> <p>Общие расходы на здравоохранение измеряются как сумма расходов всех распорядителей фондов, управляющих денежными средствами для закупки товаров и услуг здравоохранения.</p> <p>Подход НСЗ состоит в том, чтобы отслеживать транзакции, избегая дублирования учета, с целью всеобъемлющего охвата. Отчетность о денежных и неденежных транзакциях ведется по покупательской стоимости. Имеются руководства по составлению НСЗ^k.</p>
Метод оценки	<p>Эти данные генерируют из источников, которые ВОЗ использует на протяжении свыше 10 лет. Наиболее всеобъемлющие и последовательные данные в отношении финансирования здравоохранения генерируют по НСЗ. Не все страны имеют или регулярно обновляют НСЗ. В подобных случаях данные поступают от партнерских технических учреждений внутри страны или из документов и докладов, находящихся в открытом доступе, и их приводят в соответствие с системой НСЗ. Недостающие показатели оценивают с использованием различных методов учета в зависимости от имеющихся данных по каждой стране.</p> <p>ВОЗ ежегодно направляет оценки соответствующим министерствам здравоохранения для подтверждения их правильности.</p>
Схема мониторинга и оценки	Вкладываемые ресурсы
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Средние показатели взвешивают по численности населения для получения глобальных и региональных средних показателей для групп населения по категориям дохода (классификация Всемирного банка) и регионов ВОЗ
Разбивка	н/п
Единица измерения	Процент, с учетом ППС в международных долларах
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора	Ежегодно

^k A system of health accounts: 2011 edition. Paris: OECD Publishing; 2011 (http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts_9789264116016-en, accessed 14 March 2014); Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения: со специальными приложениями для стран с низким и средним уровнем дохода. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2003 (<http://www.who.int/health-accounts/documentation/RussianGuide.pdf?ua=1>, по состоянию на 9 апреля 2014 г.)

Ограничения	Данные в отношении оцениваемых расходов на здравоохранение собирают методом триангуляции информации из нескольких источников, чтобы гарантировать, что учитываемые траты – сумма всех государственных и частных расходов на здравоохранение. Некоторые цифры могут быть занижены – когда невозможно получить данные о расходах местных органов власти, корпораций, неправительственных организаций или страховых агентств. В отношении данных по добровольной или вынужденной миграции населения может иметь место запаздывание по времени.
-------------	---

Элемент данных	Наличие процессов для установления целевых ориентиров
Название индикатора	(18) 6.1.a. Наличие документированного процесса для установления целевых ориентиров (метод документации определяется отдельно каждым государством-членом)
Сокращенное название	Наличие процесса для установления целевых ориентиров
Тип данных	Процент (стран Региона с наличием такого процесса)
Тема	Стратегическое руководство в области здравоохранения
Обоснование	Определение процента государств-членов, имеющих документированные процессы установления целевых ориентиров, позволяет получить более полное представление об имеющемся потенциале для мониторинга хода улучшения общих показателей здоровья и благополучия.
Определение	Процессы установления целевых ориентиров – это принятые на национальном уровне процедуры для определения целей, задач, целевых ориентиров или индикаторов в соответствии с положениями политики Здоровье-2020. Они документируются в отчетах государств-членов.
Сопряженные термины	Установление целевых ориентиров
Предпочтительные источники данных	Опрос государств-членов
Другие возможные источники данных	Анализ национальных данных, отчетов и веб-сайтов
Метод измерения	Опрос, проводимый силами Европейского регионального бюро ВОЗ
Метод оценки	Анализ получаемых ответов
Схема мониторинга и оценки	Вкладываемые ресурсы
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Резюме национальных данных для получения формирования региональных/субрегиональных результатов
Разбивка	н/п
Единица измерения	Категориальный дихотомический (Да/Нет) индикатор на страновом уровне Процент на региональном уровне
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Вариабельность коэффициента отклика применительно к опросу

Элемент данных	Наличие документированных национальных стратегий, планов реализации и механизмов подотчетности
Название индикатора	(19) 6.1.b. Фактические данные, документирующие: а) принятие национальных стратегий, согласованных с положениями политики Здоровье-2020; б) наличие плана реализации; с) наличие механизма подотчетности
Сокращенное название	Наличие документированных национальных стратегий, планов реализации и механизмов подотчетности
Тип данных	Процент (стран Региона с наличием таких стратегий, планов и механизмов)
Тема	Стратегическое руководство в области здравоохранения
Обоснование	По мере того как государства-члены Европейского региона ВОЗ разрабатывают политику и стратегии, направленные на улучшение показателей здоровья и благополучия, важно знать, согласуются ли эти национальные директивные документы с концептуальными положениями политики Здоровье-2020. Такое соответствие включает в себя наличие всеобъемлющей национальной политики здравоохранения или другой стратегии, направленной, в частности, на достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения, сокращение основных причин бремени болезней, воздействие на ключевые детерминанты здоровья и благополучия и укрепление систем здравоохранения.
Определение	Государства-члены должны документировать следующее: а) наличие всеобъемлющей национальной политики/стратегии здравоохранения (включающей, в частности, такие темы, как всеобщий охват услугами здравоохранения, неинфекционные и инфекционные заболевания, здоровье матери и ребенка, укрепление систем здравоохранения), находящейся в соответствии с политикой Здоровье-2020, либо другой национальной политики/стратегии, согласованной с политикой Здоровье-2020; б) наличие плана реализации вышеупомянутой политики/стратегии; с) наличие или плана создания механизма подотчетности применительно к вышеупомянутой политике/стратегии.
Сопряженные термины	Политика, план реализации, механизм подотчетности
Предпочтительные источники данных	Опрос государств-членов
Другие возможные источники данных	Анализ национальных данных, веб-сайтов или других источников информации
Метод измерения	Опрос, проводимый силами Европейского регионального бюро ВОЗ
Метод оценки	Анализ получаемых ответов
Схема мониторинга и оценки	Вкладываемые ресурсы

Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Резюме национальных данных для получения формирования региональных/субрегиональных результатов
Разбивка	Национальная политика, согласованная с политикой Здоровье-2020 План реализации Механизмы подотчетности
Единица измерения	Категориальный дихотомический (Да/Нет) индикатор на страновом уровне Процент на региональном уровне
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Вариабельность коэффициента отклика применительно к опросу

Дополнительные индикаторы

Элемент данных	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от всех причин (на 100 000 человек населения)
Название индикатора	(1) 1.1.a. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от всех причин, в разбивке по возрасту и полу
Сокращенное название	СКС на 100 000 населения
Тип данных	Коэффициент
Тема	Состояние здоровья
Обоснование	Число случаев смерти на 100 000 человек находится под влиянием возрастной структуры населения. Две группы населения с одинаковыми по возрасту коэффициентами смертности от конкретных причин будут иметь различные коэффициенты общей смертности, если возрастные структуры этих групп населения различаются. Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности позволяют нивелировать различия возрастных структур населения за счет приведения по возрасту коэффициентов смертности, наблюдаемых в каждой группе, к параметрам стандартного населения.
Определение	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности – это средневзвешенное значение по возрасту коэффициентов смертности на 100 000 человек населения, где в качестве весовых коэффициентов использованы доли соответствующих возрастных групп стандартного европейского населения ВОЗ. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности рассчитывают с использованием прямого метода, то есть он таков, каким мог бы быть исходный нестандартизированный коэффициент, если бы возрастная структура населения была такой же, как в стандартном европейском населении ВОЗ.
Сопряженные термины	Стандартное европейское население ВОЗ
Предпочтительные источники данных	ЗДВ ЗДВ-MDB
Другие возможные источники данных	Системы регистрации актов гражданского состояния Опросные обследования домохозяйств Переписи населения Системы выборочной или дозорной регистрации Специальные исследования Системы эпиднадзора
Метод измерения	Данные о случаях смерти, в разбивке по причинам, возрасту и полу, собираемые с использованием национальных систем регистрации случаев смерти или систем выборочной регистрации

Метод оценки	<p>Используются средневзвешенные показатели применительно к структуре стандартного европейского населения ВОЗ, таблицам дожития и статистике причин смерти. При этом используются данные, представленные государствами-членами.</p> <p>Характеристики распределения смертности по причинам смерти получают исходя из данных регистрации случаев смерти, эпидемиологических исследований на популяционном уровне, регистров по конкретным болезням и систем уведомления в отношении отдельных причин смерти.</p>
Схема мониторинга и оценки	Полезный эффект
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Агрегирование оценочных показателей смертности по причинам смерти, возрасту и полу позволяет государствам-членам рассчитывать оценочные значения региональных и глобальных коэффициентов смертности, в разбивке по причинам смерти, возрасту и полу.
Разбивка	<p>Возраст</p> <p>Пол</p>
Единица измерения	Число случаев смерти на 100 000 человек населения
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Зависит от полноты, степени охвата и качества данных о причинах смерти

Элемент данных	Распространенность употребления табака в настоящее время среди подростков
Название индикатора	(2) 1.1.b. Распространенность еженедельного употребления табака среди подростков
Сокращенное название	н/п
Тип данных	Процент
Тема	Факторы риска
Обоснование	<p>Уровень распространения употребления табака в настоящее время среди подростков – это важный показатель бремени для здравоохранения и экономики от употребления табака, который также служит основой для оценки результативности программ по борьбе против табака.</p> <p>Риск хронических заболеваний возникает в детстве, а рискованное поведение, связанное с курением, продолжается далее во взрослой жизни. Табак вызывает зависимость, и его употребление нередко начинается в подростковом возрасте, до того как у человека развивается адекватное восприятие риска. К тому времени, когда зависимый человек начинает понимать, что употребление табака представляет опасность для здоровья, ему уже трудно отказаться от этой привычки.</p> <p>Приведенные и стандартизированные по возрасту уровни распространенности рассчитывают исключительно в целях сравнения ситуации по табакокурению в различных странах или в одной и той же стране – в различных временных отрезках. Эти уровни не следует использовать для оценки численности курящих среди населения.</p>
Определение	<p>Оценки распространенности употребления любых табачных изделий основаны на результатах последнего опросного исследования употребления табака подростковым населением (или исследования, в ходе которого задаются среди прочих и вопросы относительно употребления табака), которые скорректированы с использованием описанного ниже (см. Метод оценки) метода регрессионного анализа ВОЗ в целях стандартизации.</p> <p>«Употребление табака» включает курение сигарет, сигар, трубки или использование любых других табачных изделий (жевательный, нюхательный табак и т. п.).</p> <p>«Употребление в настоящее время» включает ежедневное, не ежедневное или периодическое употребление.</p> <p>Индикатор измеряют при помощи стандартных вопросников в ходе интервьюирования по вопросам здоровья, проводимого в репрезентативной выборке населения в возрасте 15 лет и старше. Во многих странах подобные опросные обследования населения по вопросам здоровья проводят на относительно регулярной основе. Однако сбор основной части данных осуществляется из многочисленных источников силами подразделения «Табак или здоровье» Европей-</p>

	ского регионального бюро ВОЗ. В тех случаях, когда имеются сведения только отдельно для мужчин и для женщин, общий показатель рассчитывают как среднее значение между двумя параметрами.
Сопряженные термины	н/п
Предпочтительные источники данных	Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC)
Другие возможные источники данных	Опросные обследования домохозяйств Специальные опросные исследования Системы эпиднадзора
Метод измерения	<p>О распространенности употребления табака среди подростков (возрастные границы в различных источниках разные) можно судить по результатам Глобального опроса по употреблению табака среди молодежи (GYTS) и Глобального опросного обследования здоровья школьников (GSHS), которые проводятся на базе школ и включают следующие пункты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) число дней, в которые респондент курил сигареты или употреблял другие табачные изделия в течение последних 30 дней; 2) употреблял ли респондент (и если да, то сколько дней) какие-либо табачные изделия кроме сигарет в течение последних 30 дней.
Метод оценки	<p>Для того чтобы иметь возможность проводить сравнения между странами, силами ВОЗ разработана методика регрессионного анализа. Если данные по какой-либо 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. Анализ с применением регрессионных моделей проводят по субрегионам 3-го уровня классификации ООН отдельно для мужского и женского населения, чтобы получить повозрастные уровни распространенности для выбранных субрегионов. Затем эти оценочные данные используют вместо недостающего индикатора для государств, входящих в субрегион. Следует учесть, что этот метод нельзя использовать в отношении стран, по которым вообще нет данных: такие страны полностью исключают из анализа.</p> <p>Разнородная информация, поступающая из различных опросных исследований, проводимых без унифицированных методик, затрудняет определение стандартизированных по возрасту национальных уровней распространенности. Ниже перечислены пять основных видов различий между исследованиями и соответствующие методы корректировки данных.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Различия в возрастных группах, охваченных опросным исследованием <p>Чтобы определить уровни распространенности употребления табака для стандартных возрастных диапазонов (для лиц с 15 до 79 лет – в разбивке на группы по пять лет и общая группа для лиц в возрасте от 80 до 100 лет) связь между возрастом и ежедневным употребле-</p>

	<p>нием табака изучается отдельно для мужского и женского населения каждой страны с использованием диаграмм разброса. В некоторых случаях используется более одного исследования: например, если уровни распространения среди мужского и женского населения определены на основе различных опросов или если дополнительное обследование дополняет сведения в отношении крайних возрастных интервалов. Чтобы определить уровни распространенности для пятилетних возрастных интервалов, строят регрессионные кривые, отражающие значения распространенности употребления табака в функции первого, второго и третьего порядка от возраста. Затем накладывают полученные кривые на диаграмму разброса и выбирают наиболее совместимую кривую. Для остальных индикаторов применяют комбинацию методов. Для получения повозрастных уровней курения сигарет в настоящее время и ежедневного курения сигарет проводят анализ с использованием регрессионных моделей по субрегионам, а затем используют принцип эквивалентных отношений между уровнями распространенности курения и курения сигарет, где курение сигарет является доминантным фактором, и на этой основе вычисляют уровни курения сигарет в настоящее время и ежедневного курения сигарет для стандартных возрастных интервалов.</p> <p>2. Различия в типах измеряемых индикаторов употребления табака</p> <p>Если имеются только данные в отношении табакокурения и курения сигарет в настоящее время, тогда вносятся поправки на определения индикаторов, позволяющие учесть недостающие сведения по ежедневному табакокурению и ежедневному курению сигарет. Точно так же, если есть данные только в отношении табакокурения в настоящее время и ежедневного табакокурения, делается корректировка по типам табачных изделий, чтобы получить оценки в отношении курения сигарет, как в настоящее время, так и ежедневного.</p> <p>3. Различия обследований по географическому охвату внутри одной страны</p> <p>Данные корректируют с учетом соотношения показателей распространенности между городскими и сельскими районами в странах, находящихся в соответствующем субрегионе. Результаты регрессионного анализа «город – село» применяют в отношении всей страны и на этой основе рассчитывают показатель распространенности на национальном уровне. Например, если в стране имеются данные об уровне распространенности ежедневного употребления табака только в отношении городских поселений, результаты регрессионного анализа соотношения употребления табака в сельских и городских поселениях используют для расчета уровней распространенности ежедневного курения в сельских поселениях. Полученные цифры затем комбинируют с уровнями распространенности в городских поселениях, используя в качестве весовых коэффициентов соотношения городского и сельского населения, и таким образом рассчитывают общий уровень распространенности в масштабах всей страны, а также национальные повозрастные уровни.</p> <p>4. Различия по годам проведения обследований</p> <p>Для согласования данных, собранных в различные годы, используют информацию о трендах. Так, например, в <i>Докладе ВОЗ</i></p>
--	--

	<p><i>о глобальной табачной эпидемии, 2009 г.</i>¹ приведены оценочные показатели распространенности курения за 2006 г. Источником данных о распространенности курения послужили опросные исследования, проводившиеся в странах в различные годы: 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. использовались имеющиеся тенденции, что позволяло экстраполировать данные на будущее (в случае тех стран, у которых были данные лишь до 2006 г.), либо на прошлое (если у стран были более поздние данные). В этих целях была обобщена информация в отношении тенденций из всех проводившихся обследований по каждой стране. Для стран, не обладающих ретроспективными данными, была использована информация в отношении тенденций по соответствующему субрегиону, в который входят эти страны.</p> <p>5. Различия в уровнях распространенности, стандартизированных по возрасту</p> <p>В целом уровни потребления табака широко варьируются в зависимости от пола и возраста. Общий коэффициент распространенности употребления табака в данной стране на данный момент времени определить достаточно легко, однако сравнение общих коэффициентов между двумя или более странами на определенный момент времени или сравнение общих коэффициентов одной страны, но на разные моменты времени может вводить в заблуждение, если две сравниваемые группы населения имеют резко отличающуюся возрастную структуру или существенные различия в употреблении табака мужчинами и женщинами. Для преодоления этой проблемы широко применяется метод стандартизации по возрасту, который позволяет проводить достоверное сравнение уровней распространенности в различных странах. Данный метод основан на использовании возрастнo-половых показателей распространенности в каждой группе населения применительно к единому стандартному населению. Для этого используют стандартное европейское население ВОЗ – условное население с искусственной возрастной структурой, которая в значительной степени соответствует возрастной структуре стран с низким и средним уровнем дохода. Полученный в результате показатель распространенности, стандартизированный по возрасту, выражаемый также в виде процента от общего населения, характеризует число курильщиков на 100 человек стандартного европейского населения ВОЗ. В итоге показатель, полученный таким образом, представляет всего лишь виртуальную величину, не имеющую самостоятельного значения. Он оказывается полезным лишь для сравнения уровней распространенности в различных странах или уровней одной и той же страны, но на разные моменты времени.</p>
--	--

¹ Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2009 г. Создание среды, свободной от табачного дыма. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2009 (<http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/ru/>, по состоянию на 5 апреля 2014 г.).

	<p>Чтобы получить общий показатель распространенности курения в стране, следует объединить стандартизированные по возрасту показатели распространенности среди мужчин и женщин. Поскольку стандартное европейское 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 данных Отдела народонаселения ООН за соответствующий год. Например, если стандартизированный по возрасту уровень распространения табакокурения среди взрослого населения равен 60% для мужчин и 30% для женщин, то суммарный показатель распространенности табакокурения среди всего взрослого населения рассчитывают по следующей формуле: $60 \times (0,51) + 30 \times (0,49) = 45\%$, где цифры в скобках – это весовые коэффициенты мужского и женского населения. Таким образом, в суммарном показателе распространенности (45%)</p> <p>на мужчин приходится: $66,7\% [= (30 : 45) \times 100]$,</p> <p>на женщин: $33,3\% [= (15 : 45) \times 100]$.</p> <p>ВОЗ собирает данные из GYTS и GSHS и размещает их в Глобальной информационной базе ВОЗ.</p>
Схема мониторинга и оценки	Итоговый результат
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Региональные и глобальные сводные показатели основаны на усредненных популяционных значениях (взвешенных по доле населения в возрасте 15 лет и старше). Такие сводные показатели представляют только в том случае, если имеющиеся данные охватывают по меньшей мере 50% общей численности регионального или глобального населения в возрасте 15 лет и старше.
Разбивка	Пол
Единица измерения	Процент
Ожидаемая периодичность распространения данных	Непрерывно
Ожидаемая периодичность сбора данных	н/п
Ограничения	Некоторые опросные исследования проводятся в небольших группах населения на субнациональном уровне и поэтому не всегда точно отражают ситуацию в масштабе страны. Такие проблемы решаются путем применения описанных выше методов корректировки или расчета оценочных значений.

Элемент данных	Эпизодическое пьянство среди подростков
Название индикатора	(3) 1.1.с. Эпизодическое пьянство (единовременное употребление 60 г чистого спирта или примерно 6 стандартных доз алкогольных напитков по меньшей мере 1 раз в неделю) среди подростков
Сокращенное название	–
Тип данных	Процент
Тема	Факторы риска
Обоснование	Эпизодическое пьянство – один из ключевых индикаторов, характеризующих структуру потребления алкоголя в конкретной стране. Говоря более точно, он определяет долю населения, потребляющего алкоголь в больших единовременных дозах, то есть ту группу, которая подвержена более высокому риску причинения острого вреда здоровью в связи с употреблением алкоголя, а также риску развития осложнений хронического характера.
Определение	Эпизодическое пьянство среди подростков определяется как доля подростков (в возрасте 15 лет и старше), которые потребляют алкоголь в единовременной дозе 60 г или более чистого спирта по меньшей мере раз в неделю. Потребление 60 г чистого спирта соответствует примерно 6 стандартным порциям алкогольных напитков. Числитель: численность (взвешенная) респондентов в возрасте 15 лет и старше, которые потребляют алкоголь в единовременной дозе 60 г или более чистого спирта по меньшей мере раз в неделю. Знаменатель: общее число участников обследования (в возрасте 15 лет и старше), ответивших на соответствующие вопросы в ходе анкетирования, плюс лица, вообще не употребляющие алкоголь.
Сопряженные термины	н/п
Предпочтительные источники данных	Опросные исследования на популяционном уровне
Другие возможные источники данных	Исследование HBSC
Метод измерения	Лиц, включенных в репрезентативную выборку подросткового населения страны (в возрасте 15 лет и старше), просят ответить на вопросы анкеты. В первую очередь учитывают опросные исследования, репрезентативные в национальном плане и вместе с тем позволяющие провести сравнение данных на международном уровне (по степени предпочтительности: Мировой обзор показателей здоровья (WHS), поэтапный подход ВОЗ (STEPS) к эпиднадзору, международное исследование «Гендер, алкоголь и культура» и Европейское сравнительное исследование по алкоголю (ECAS)); далее идут национальные опросные исследования.
Метод оценки	Расчет взвешенных процентных долей респондентов, причем лица, не употребляющие алкоголь, учитываются как не имевшие подобных эпизодов («0 случаев»)

Схема мониторинга и оценки	н/п
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Оценочные данные, полученные в ходе опросных исследований, взвешивают по численности населения стран.
Разбивка	Пол
Единица измерения	Процент
Ожидаемая периодичность распространения данных	Каждые 3–5 лет
Ожидаемая периодичность сбора данных	Каждые 3–5 лет
Ограничения	Вопросы анкеты различаются по странам. Поэтому для получения данных, соответствующих параметру «доза 60 г чистого спирта по меньшей мере однократно в течение недели», могут потребоваться другие соответствующие формулировки.

Элемент данных	Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди подростков
Название индикатора	(4) 1.1.d. Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди подростков (значение «ИМТ к возрасту» выше, соответственно, Z-показателя ^m +1 и +2 относительно медианного значения по справочным таблицам роста и развития детей, ВОЗ, 2007 г. ⁿ)
Сокращенное название	н/п
Тип данных	Процент
Тема	Факторы риска
Обоснование	<p>Избыточная масса тела вызывает предрасположенность к различным нарушениям здоровья, таким как сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет 2-го типа, апноэ во сне и остеоартроз. Ожирение является растущей проблемой общественного здравоохранения, несмотря на наличие эффективных мер его профилактики и лечения. Снижение массы тела ведет к сокращению многих рисков.</p> <p>Избыточная масса тела и ожирение:</p> <p>определяются как аномальное или избыточное накопление жировой ткани, что может приводить к нарушениям здоровья;</p> <p>имеют серьезные последствия в плане заболеваемости, инвалидности и снижения качества жизни;</p> <p>влекут за собой повышенный риск развития диабета 2-го типа, сердечно-сосудистых заболеваний, ряда распространенных форм злокачественных новообразований, остеоартроза и других болезней;</p> <p>представляют собой серьезную проблему общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ.</p> <p>В мировом масштабе по состоянию на 2008 г. избыточной массой тела обладали свыше 1,4 млрд человек в возрасте старше 20 лет. Среди них более 200 млн мужчин и почти 300 млн женщин страдали ожирением. В Европейском регионе ВОЗ стандартизированная по возрасту распространенность избыточной массы тела составила 58,3% среди взрослых мужчин и 51,2% среди взрослых женщин.</p>
Определение	Распространенность вычисляют как процент установленного населения с избыточной массой тела или ожирением (значение ИМТ к возрасту выше соответственно показателя Z +1 для избыточной массы тела и Z +2 для ожирения, относительно медианного значения из справочных таблиц ВОЗ о росте и развитии детей 2007 г.)

^m Z-показатель обозначает, на сколько единиц (стандартного отклонения) ИМТ данного человека выше или ниже среднего значения ИМТ для соответствующей возрастно-половой группы.

ⁿ de Onis M et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization, 2007; 85(9): 660–667 (http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull.pdf, accessed 12 March 2014).

	По определению ВОЗ, избыточная масса тела для взрослых (в возрасте 18 лет и старше) соответствует значению ИМТ ≥ 25 кг/м ² , ожирение – ИМТ ≥ 30 кг/м ² .
Сопряженные термины	Избыточный вес
Предпочтительные источники данных	Европейская инициатива по эпиднадзору за детским ожирением (COSI)
Другие возможные источники данных	Исследование HBSC
Метод измерения	<p>Основан на объективном измерении роста и веса (COSI) или на значениях роста и веса, сообщенных респондентами (HBSC).</p> <p>Распространенность избыточной массы тела определяется как доля исследуемого населения со значением ИМТ к возрасту выше +1 по показателю Z относительно медианного значения из справочных таблиц ВОЗ о росте и развитии детей 2007 г. Вычисляется по следующей формуле: (число лиц с показателем Z выше +1 относительно медианного значения ИМТ к возрасту из справочных таблиц ВОЗ о росте и развитии детей (в возрасте 5–19 лет) 2007 г. / общее число обследованных лиц) x 100.</p> <p>Распространенность ожирения определяется как доля исследуемого населения со значением ИМТ к возрасту выше +2 по показателю Z относительно медианного значения из справочных таблиц ВОЗ о росте и развитии детей 2007 г. Вычисляется по следующей формуле: (число лиц с показателем Z выше +2 относительно медианного значения ИМТ к возрасту из справочных таблиц ВОЗ о росте и развитии детей (в возрасте 5–19 лет) 2007 г. / общее число обследованных лиц) x 100.</p>
Метод оценки	<p>Оценки рассчитываются на стандартный 2008 г. Общие приведенные оценки базируются на сводных данных, представляемых странами в ВОЗ, и на результатах обзора опубликованных и неопубликованных документов. Критерии включения в расчетный анализ предусматривают, чтобы данные поступали из рандомизированной выборки общего населения с четким описанием методов обследования (включая размеры выборки) и с определениями факторов риска. В целях обеспечения международной сравнимости данных вносят поправки на следующие факторы: определение фактора риска, учитываемые возрастные группы, год обследования и степень репрезентативности выборки применительно ко всему населению. Общие приведенные значения по каждому индикатору рассчитывают с помощью методики регрессионного моделирования. Для повышения достоверности сравнений между странами рассчитывают стандартизированные по возрасту значения с использованием стандартного европейского населения ВОЗ. Анализ неопределенности в оценках проводится путем учета ошибки выборки и неопределенности, обусловленной статистическим моделированием.</p>

Схема мониторинга и оценки	Итоговый результат
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Региональные и глобальные сводные показатели основаны на усредненных популяционных значениях (взвешенных по общей доле подросткового населения)
Разбивка	Пол
Единица измерения	Процент
Ожидаемая периодичность распространения данных	Непрерывно, с использованием Европейской базы данных ВОЗ по питанию, ожирению и физической активности
Ожидаемая периодичность сбора данных	Каждые 3 года (COSI) или 4 года (HBSC)
Ограничения	Данные веса и роста, сообщаемые респондентами в рамках исследования HBSC, занижают распространенность избыточной массы тела и ожирения. Недостающие значения ИМТ составляют от 3 до 84%.

Элемент данных	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности в результате автотранспортных несчастных случаев
Название индикатора	(5) 1.3.a. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности в результате автотранспортных несчастных случаев в разбивке по возрасту, полу
Сокращенное название	СКС, автотранспортные несчастные случаи, на 100 000 населения
Тип данных	Коэффициент
Тема	Состояние здоровья
Обоснование	Число случаев смерти на 100 000 человек находится под влиянием возрастной структуры населения. Две группы населения с одинаковыми по возрасту коэффициентами смертности от конкретных причин будут иметь различные коэффициенты общей смертности, если возрастные структуры этих групп населения различаются. Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности позволяют нивелировать различия возрастных структур населения за счет приведения по возрасту коэффициентов смертности, наблюдаемых в каждой группе, к параметрам стандартного населения.
Определение	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности – это средневзвешенное значение по возрасту коэффициентов смертности на 100 000 человек населения, где в качестве весовых коэффициентов использованы доли соответствующих возрастных групп стандартного европейского населения ВОЗ. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности рассчитывают с использованием прямого метода, то есть он таков, каким мог бы быть исходный нестандартизированный коэффициент, если бы возрастная структура населения была такой же, как в стандартном европейском населении ВОЗ. Коды автотранспортных несчастных случаев по МКБ-10: V02–V04, V09, V12–V14, V19–V79, V82–V87, V89.
Сопряженные термины	Стандартное европейское население ВОЗ
Предпочтительные источники данных	ЗДВ ЗДВ-МДБ
Другие возможные источники данных	Системы регистрации актов гражданского состояния Опросные обследования домохозяйств Переписи населения Системы выборочной или дозорной регистрации Специальные исследования Системы эпиднадзора
Метод измерения	Данные о случаях смерти, в разбивке по причинам, возрасту и полу, собираемые с использованием национальных систем регистрации случаев смерти или систем выборочной регистрации

Метод оценки	<p>Используются средневзвешенные показатели применительно к структуре стандартного европейского населения ВОЗ, таблицам дожития и статистике причин смерти.</p> <p>Характеристики распределения смертности по причинам смерти получают исходя из данных регистрации случаев смерти, эпидемиологических исследований на популяционном уровне, регистров по конкретным болезням и систем уведомления в отношении отдельных причин смерти.</p>
Схема мониторинга и оценки	Полезный эффект
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Агрегирование оценочных показателей смертности по причинам смерти, возрасту и полу позволяет государствам-членам рассчитывать оценочные значения региональных и глобальных коэффициентов смертности, в разбивке по причинам смерти, возрасту и полу.
Разбивка	<p>Возраст</p> <p>Пол</p>
Единица измерения	Число случаев смерти на 100 000 человек населения
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Зависит от полноты, степени охвата и качества данных о причинах смерти.

Элемент данных	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от случайных отравлений
Название индикатора	(6) 1.3.b. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от случайных отравлений, в разбивке по возрасту, полу
Сокращенное название	СКС, случайные отравления, на 100 000 населения
Тип данных	Коэффициент
Тема	Состояние здоровья
Обоснование	Число случаев смерти на 100 000 человек находится под влиянием возрастной структуры населения. Две группы населения с одинаковыми по возрасту коэффициентами смертности от конкретных причин будут иметь различные коэффициенты общей смертности, если возрастные структуры этих групп населения различаются. Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности позволяют нивелировать различия возрастных структур населения за счет приведения по возрасту коэффициентов смертности, наблюдаемых в каждой группе, к параметрам стандартного населения.
Определение	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности – это средневзвешенное значение по возрасту коэффициентов смертности на 100 000 человек населения, где в качестве весовых коэффициентов использованы доли соответствующих возрастных групп стандартного европейского населения ВОЗ. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности рассчитывают с использованием прямого метода, то есть он таков, каким мог бы быть исходный нестандартизированный коэффициент, если бы возрастная структура населения была такой же, как в стандартном европейском населении ВОЗ. Коды случайных отравлений по МКБ-10: X40–X49.
Сопряженные термины	Стандартное европейское население ВОЗ
Предпочтительные источники данных	ЗДВ-MDB
Другие возможные источники данных	Системы регистрации актов гражданского состояния Опросные обследования домохозяйств Переписи населения Системы выборочной или дозорной регистрации Специальные исследования Системы эпиднадзора
Метод измерения	Данные о случаях смерти, в разбивке по причинам, возрасту и полу, собираемые с использованием национальных систем регистрации случаев смерти или систем выборочной регистрации
Метод оценки	Используются средневзвешенные показатели применительно к структуре стандартного европейского населения ВОЗ, таблицам дожития и статистике причин смерти.

	Характеристики распределения смертности по причинам смерти получают исходя из данных регистрации случаев смерти, эпидемиологических исследований на популяционном уровне, регистров по конкретным болезням и систем уведомления в отношении отдельных причин смерти.
Схема мониторинга и оценки	Полезный эффект
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Агрегирование оценочных показателей смертности по причинам смерти, возрасту и полу позволяет государствам-членам рассчитывать оценочные значения региональных и глобальных коэффициентов смертности, в разбивке по причинам смерти, возрасту и полу.
Разбивка	Возраст Пол
Единица измерения	Число случаев смерти на 100 000 человек населения
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Зависит от полноты, степени охвата и качества данных о причинах смерти

Элемент данных	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от отравления алкоголем
Название индикатора	(7) 1.3.с. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от отравления алкоголем, в разбивке по возрасту, полу
Сокращенное название	СКС, отравление алкоголем, на 100 000 населения
Тип данных	Коэффициент
Тема	Состояние здоровья
Обоснование	Число случаев смерти на 100 000 человек находится под влиянием возрастной структуры населения. Две группы населения с одинаковыми по возрасту коэффициентами смертности от конкретных причин будут иметь различные коэффициенты общей смертности, если возрастные структуры этих групп населения различаются. Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности позволяют нивелировать различия возрастных структур населения за счет приведения по возрасту коэффициентов смертности, наблюдаемых в каждой группе, к параметрам стандартного населения.
Определение	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности – это средневзвешенное значение по возрасту коэффициентов смертности на 100 000 человек населения, где в качестве весовых коэффициентов использованы доли соответствующих возрастных групп стандартного европейского населения ВОЗ. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности рассчитывают с использованием прямого метода, то есть он таков, каким мог бы быть исходный нестандартизированный коэффициент, если бы возрастная структура населения была такой же, как в стандартном европейском населении ВОЗ. Код отравления алкоголем по МКБ-10: X45.
Сопряженные термины	Стандартное европейское население ВОЗ
Предпочтительные источники данных	ЗДВ-MDB
Другие возможные источники данных	Системы регистрации актов гражданского состояния Опросные обследования домохозяйств Переписи населения Системы выборочной или дозорной регистрации Специальные исследования Системы эпиднадзора
Метод измерения	Данные о случаях смерти, в разбивке по причинам, возрасту и полу, собираемые с использованием национальных систем регистрации случаев смерти или систем выборочной регистрации
Метод оценки	Используются средневзвешенные показатели применительно к структуре стандартного европейского населения ВОЗ, таблицам дожития и статистике причин смерти.

	Характеристики распределения смертности по причинам смерти получают исходя из данных регистрации случаев смерти, эпидемиологических исследований на популяционном уровне, регистров по конкретным болезням и систем уведомления в отношении отдельных причин смерти.
Схема мониторинга и оценки	Полезный эффект
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Агрегирование оценочных показателей смертности по причинам смерти, возрасту и полу позволяет государствам-членам рассчитывать оценочные значения региональных и глобальных коэффициентов смертности, в разбивке по причинам смерти, возрасту и полу.
Разбивка	Возраст Пол
Единица измерения	Число случаев смерти на 100 000 человек населения
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Зависит от полноты, степени охвата и качества данных о причинах смерти

Элемент данных	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности в результате самоубийств
Название индикатора	(8) 1.3.d. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности в результате самоубийств, в разбивке по возрасту, полу
Сокращенное название	СКС, самоубийства, на 100 000 населения
Тип данных	Коэффициент
Тема	Состояние здоровья
Обоснование	Число случаев смерти на 100 000 человек находится под влиянием возрастной структуры населения. Две группы населения с одинаковыми по возрасту коэффициентами смертности от конкретных причин будут иметь различные коэффициенты общей смертности, если возрастные структуры этих групп населения различаются. Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности позволяют нивелировать различия возрастных структур населения за счет приведения по возрасту коэффициентов смертности, наблюдаемых в каждой группе, к параметрам стандартного населения.
Определение	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от конкретной причины – это средневзвешенное значение по возрасту коэффициентов смертности на 100 000 человек, где в качестве весовых коэффициентов использованы доли соответствующих возрастных групп стандартного европейского населения ВОЗ. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности рассчитывают с использованием прямого метода, то есть он таков, каким мог бы быть исходный нестандартизированный коэффициент, если бы возрастная структура населения была такой же, как в стандартном европейском населении ВОЗ. Коды самоубийств по МКБ-10: X60–X84.
Сопряженные термины	Стандартное европейское население ВОЗ
Предпочтительные источники данных	ЗДВ ЗДВ-MDB
Другие возможные источники данных	Системы регистрации актов гражданского состояния Опросные обследования домохозяйств Переписи населения Системы выборочной или дозорной регистрации Специальные исследования Системы эпиднадзора
Метод измерения	Данные о случаях смерти, в разбивке по причинам, возрасту и полу, собираемые с использованием национальных систем регистрации случаев смерти или систем выборочной регистрации
Метод оценки	Используются средневзвешенные показатели применительно

	<p>к структуре стандартного европейского населения ВОЗ, таблицам дожития и статистике причин смерти.</p> <p>Характеристики распределения смертности по причинам смерти получают исходя из данных регистрации случаев смерти, эпидемиологических исследований на популяционном уровне, регистров по конкретным болезням и систем уведомления в отношении отдельных причин смерти.</p>
Схема мониторинга и оценки	Полезный эффект
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Агрегирование оценочных показателей смертности по причинам смерти, возрасту и полу позволяет государствам-членам рассчитывать оценочные значения региональных и глобальных коэффициентов смертности, в разбивке по причинам смерти, возрасту и полу.
Разбивка	Возраст Пол
Единица измерения	Число случаев смерти на 100 000 человек населения
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Зависит от полноты, степени охвата и качества данных о причинах смерти

Элемент данных	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от случайных падений
Название индикатора	(9) 1.3.e. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от случайных падений, в разбивке по возрасту, полу
Сокращенное название	СКС, случайные падения, на 100 000 населения
Тип данных	Коэффициент
Тема	Состояние здоровья
Обоснование	Число случаев смерти на 100 000 человек находится под влиянием возрастной структуры населения. Две группы населения с одинаковыми по возрасту коэффициентами смертности от конкретных причин будут иметь различные коэффициенты общей смертности, если возрастные структуры этих групп населения различаются. Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности позволяют нивелировать различия возрастных структур населения за счет приведения по возрасту коэффициентов смертности, наблюдаемых в каждой группе, к параметрам стандартного населения.
Определение	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от конкретной причины – это средневзвешенное значение по возрасту коэффициентов смертности на 100 000 человек, где в качестве весовых коэффициентов использованы доли соответствующих возрастных групп стандартного европейского населения ВОЗ. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности рассчитывают с использованием прямого метода, то есть он таков, каким мог бы быть исходный нестандартизированный коэффициент, если бы возрастная структура населения была такой же, как в стандартном европейском населении ВОЗ. Коды случайных падений по МКБ-10: W00–W19.
Сопряженные термины	Стандартное европейское население ВОЗ
Предпочтительные источники данных	ЗДВ-MDB
Другие возможные источники данных	Системы регистрации актов гражданского состояния Опросные обследования домохозяйств Переписи населения Системы выборочной или дозорной регистрации Специальные исследования Системы эпиднадзора
Метод измерения	Данные о случаях смерти, в разбивке по причинам, возрасту и полу, собираемые с использованием национальных систем регистрации случаев смерти или систем выборочной регистрации
Метод оценки	Используются средневзвешенные показатели применительно к структуре стандартного европейского населения ВОЗ, таблицам

	<p>дожития и статистике причин смерти.</p> <p>Характеристики распределения смертности по причинам смерти получают исходя из данных регистрации случаев смерти, эпидемиологических исследований на популяционном уровне, регистров по конкретным болезням и систем уведомления в отношении отдельных причин смерти.</p>
Схема мониторинга и оценки	Полезный эффект
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Агрегирование оценочных показателей смертности по причинам смерти, возрасту и полу позволяет государствам-членам рассчитывать оценочные значения региональных и глобальных коэффициентов смертности, в разбивке по причинам смерти, возрасту и полу.
Разбивка	<p>Возраст</p> <p>Пол</p>
Единица измерения	Число случаев смерти на 100 000 человек населения
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Зависит от полноты, степени охвата и качества данных о причинах смерти

Элемент данных	Стандартизированный коэффициент смертности в результате убийств и нападения
Название индикатора	(10) 1.3.f. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности в результате убийств и нападения, в разбивке по возрасту, полу
Сокращенное название	СКС, убийства и нападения, на 100 000 населения
Тип данных	Коэффициент
Тема	Состояние здоровья
Обоснование	Число случаев смерти на 100 000 человек находится под влиянием возрастной структуры населения. Две группы населения с одинаковыми по возрасту коэффициентами смертности от конкретных причин будут иметь различные коэффициенты общей смертности, если возрастные структуры этих групп населения различаются. Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности позволяют нивелировать различия возрастных структур населения за счет приведения по возрасту коэффициентов смертности, наблюдаемых в каждой группе, к параметрам стандартного населения.
Определение	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от конкретной причины – это средневзвешенное значение по возрасту коэффициентов смертности на 100 000 человек, где в качестве весовых коэффициентов использованы доли соответствующих возрастных групп стандартного европейского населения ВОЗ. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности рассчитывают с использованием прямого метода, то есть он таков, каким мог бы быть исходный нестандартизированный коэффициент, если бы возрастная структура населения была такой же, как в стандартном европейском населении ВОЗ. Коды убийств и нападения по МКБ-10: X85–Y09.
Сопряженные термины	Стандартное европейское население ВОЗ
Предпочтительные источники данных	ЗДВ-MDB
Другие возможные источники данных	Системы регистрации актов гражданского состояния Опросные обследования домохозяйств Переписи населения Системы выборочной или дозорной регистрации Специальные исследования Системы эпиднадзора
Метод измерения	Данные о случаях смерти, в разбивке по причинам, возрасту и полу, собираемые с использованием национальных систем регистрации случаев смерти или систем выборочной регистрации
Метод оценки	Используются средневзвешенные показатели применительно к структуре стандартного европейского населения ВОЗ, таблицам

	<p>дожития и статистике причин смерти.</p> <p>Характеристики распределения смертности по причинам смерти получают исходя из данных регистрации случаев смерти, эпидемиологических исследований на популяционном уровне, регистров по конкретным болезням и систем уведомления в отношении отдельных причин смерти.</p>
Схема мониторинга и оценки	Полезный эффект
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Агрегирование оценочных показателей смертности по причинам смерти, возрасту и полу позволяет государствам-членам рассчитывать оценочные значения региональных и глобальных коэффициентов смертности, в разбивке по причинам смерти, возрасту и полу.
Разбивка	<p>Возраст</p> <p>Пол</p>
Единица измерения	Число случаев смерти на 100 000 человек населения
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Зависит от полноты, степени охвата и качества данных о причинах смерти

Элемент данных	Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 1 года, 15, 45 и 65 лет
Название индикатора	(11) 2.1.a. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в возрасте 1 года, 15, 45 и 65 лет, в разбивке по полу
Сокращенное название	н/п
Тип данных	Статистические данные
Тема	Показатели здоровья
Обоснование	Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни для лиц различного возраста отражает общий уровень смертности населения указанных возрастов. В этом показателе обобщены закономерности, преобладающие во всех возрастных группах старше учетного возраста.
Определение	Ожидаемая продолжительность жизни – это среднее число лет, которое предстоит прожить человеку данного возраста (1, 15, 45 и 65 лет), при условии что на протяжении его последующей жизни возрастно-половые показатели смертности останутся такими же, какими они были на момент расчета в данной стране, территории или географической области.
Сопряженные термины	Таблица дожития
Предпочтительные источники данных	ЗДВ
Другие возможные источники данных	Системы регистрации актов гражданского состояния Опросные обследования домохозяйств Переписи населения
Метод измерения	Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 1, 15, 45 и 65 лет определяется при помощи таблиц дожития на основе значений коэффициентов смертности, в разбивке по возрасту и полу
Метод оценки	Европейское региональное бюро ВОЗ проводит расчет данных для всех стран, представляющих в ВОЗ детальные сведения о смертности, с использованием метода Вислера (Wiesler), с разбивкой значений смертности по следующим возрастным группам: < 1 года, 1–4 года, пятилетние группы от 5–9 до 80–84 лет и группа людей в возрасте 85 лет и старше. Методы оценки таблиц дожития, выпускаемых ВОЗ для государств-членов, различаются в зависимости от имеющихся в наличии данных для оценки детской и взрослой смертности. Используют три основных метода. Во всех трех случаях используют оценки уровней неонатальной, младенческой смертности и смертности детей в возрасте до 5 лет, представленные Межучрежденческой группой ООН по оценке детской смертности. ВОЗ разработала типовую таблицу дожития, используя модифицированную логит-систему, основанную примерно на 1800 таблицах дожития, составленных с помощью

	<p>данных регистрации актов гражданского состояния, которые были признаны по своему качеству пригодными для составления таблиц дожития и их оценки с использованием ограниченного числа вводимых параметров.</p> <p>Если имеются данные о смертности, основанные на регистрации актов гражданского состояния, проводится оценка их качества; эти данные, если необходимо, корректируют с учетом полноты регистрации и используют непосредственно для составления таблиц дожития.</p> <p>Если данные в отношении смертности, основанные на регистрации актов гражданского состояния за последний год, отсутствуют, то проводят прогнозирование таблиц дожития с использованием доступных данных за годы начиная с 1985 г. Оцениваются уровни смертности детей в возрасте до 5 лет и уровни взрослой смертности или только уровни смертности детей в возрасте до 5 лет с использованием модифицированной логит-модели, в отношении которой применяется глобальный стандарт (определяемый как среднее значение из всех 1800 таблиц).</p> <p>Если нет никаких пригодных для использования данных, основанных на регистрации актов гражданского состояния, то берут последние материалы таблиц дожития, опубликованные Отделом по народонаселению ООН.</p>
Схема мониторинга и оценки	н/п
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Число случаев смерти, оцененное на основании таблиц дожития, и численность населения в разбивке по возрастным группам объединяют в сводные показатели по соответствующим регионам, чтобы рассчитать региональные таблицы дожития
Разбивка	Пол
Единица измерения	Число лет
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	К сожалению, в некоторых странах отсутствует возможность обеспечить полный учет числа всех смертей и рождений; показатели ожидаемой продолжительности жизни, рассчитанные по неполным данным смертности, будут завышенными. В отдельных случаях недоучет смертей может достигать 20%. Это следует иметь в виду при проведении сравнений между странами. Масштабы неполноты регистрации смертности особенно значительны в странах, пострадавших от вооруженных конфликтов в 1990-е годы, таких как Грузия, Албания, Таджикистан и некоторые другие страны бывшего СССР и бывшей Югославии. В случае Грузии проблема усугубляется отсутствием достаточно точных расчетов численности населения для использования в знаменателе.

Элемент данных	Число предстоящих лет здоровой жизни в возрасте 65 лет
Название индикатора	(12) 2.1.b. Число предстоящих лет здоровой жизни в возрасте 65 лет, в разбивке по полу
Сокращенное название	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни
Тип данных	Ожидаемая продолжительность жизни в данном возрасте
Тема	Показатели здоровья
Обоснование	Выделяются значительные ресурсы на цели сокращения числа новых случаев, длительности течения и тяжести основных групп болезней, вызывающих заболеваемость, но не смертность, и на цели снижения их негативного воздействия на качество жизни людей. Важно, чтобы суммарный показатель средних уровней здоровья населения отражал как летальные, так и нелетальные исходы болезней. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни – это количественная оценка жизненного прогноза при различных состояниях здоровья, скорректированного с учетом распределения по тяжести, что позволяет учитывать изменения во времени или различия между странами по распределению состояний здоровья по тяжести нарушений.
Определение	Индикатор определяется как прогнозируемое число предстоящих лет жизни с хорошим состоянием здоровья для человека в возрасте 65 лет. Число лет здоровой жизни – это один из индикаторов ожидаемой продолжительности здоровой жизни, в котором объединена информация о смертности и заболеваемости. Для его расчета нужна информация в разбивке по возрасту о доле населения с хорошим и плохим состоянием здоровья и о смертности. Хорошее состояние здоровья определяется как отсутствие каких-либо функциональных ограничений / инвалидности. Этот индикатор рассчитывается отдельно для мужчин и женщин. Он имеет еще одно название – «ожидаемая продолжительность жизни без инвалидности». 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 предстоящей жизни этого человека показатели смертности будут оставаться такими же, как на момент расчета.
Сопряженные термины	Продолжительность жизни Инвалидность, ограниченные возможности жизнедеятельности
Предпочтительные источники данных	Система регистрации актов гражданского состояния для получения данных о смертности / ожидаемой продолжительности жизни Опросные исследования по вопросам здоровья для выявления функциональных ограничений / инвалидности
Другие возможные источники данных	Специальные исследования (Глобальная обсерватория здравоохранения)
Метод измерения	н/п

<p>Метод оценки</p>	<p>Поскольку не для всех стран имеются сравнимые данные по распространенности различных состояний здоровья, используется четырехэтапная методика.</p> <p>Для оценки распространенности с учетом тяжести и в разбивке по возрасту и полу для всех стран используют данные проекта ВОЗ по расчету глобального бремени болезней.</p> <p>Затем используют данные Многостранового опросного исследования ВОЗ и Мирового обзора показателей здоровья используют для расчета независимых оценок распространенности с учетом тяжести и в разбивке по возрасту и полу для стран, охваченных данными исследованиями.</p> <p>После этого рассчитывают распространенность для всех стран на основе данных Глобального бремени болезней, Многостранового исследования и Мирового обзора показателей здоровья.</p> <p>Для вычисления ожидаемой продолжительности здоровой жизни используют таблицы дожития ВОЗ в комбинации с методом Салливэна.</p>
<p>Схема мониторинга и оценки</p>	<p>Окончательный полезный эффект</p>
<p>Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей</p>	<p>н/п</p>
<p>Разбивка</p>	<p>Пол</p>
<p>Единица измерения</p>	<p>Ожидаемая продолжительность здоровой жизни Число лет ожидаемой продолжительности жизни Число лет здоровой жизни как процент от общего числа лет ожидаемой продолжительности жизни</p>
<p>Ожидаемая периодичность распространения данных</p>	<p>Ежегодно</p>
<p>Ожидаемая периодичность сбора данных</p>	<p>Ежегодно</p>
<p>Ограничения</p>	<p>Проблемы могут возникать в результате недостаточной сравнимости данных, сообщаемых респондентами в опросных исследованиях, и различного характера предпочтений при самооценке состояния здоровья</p>

Элемент данных	Социальные связи/отношения
Название индикатора	(13) 4.1.b. Процент одиноко проживающих лиц в возрасте 65 лет и старше
Сокращенное название	Одиноко проживающие, 65+
Тип данных	Доля (%)
Тема	Здоровье и благополучие
Обоснование	У пожилых людей чаще возникают нарушения здоровья, поэтому с возрастом растет нужда в социальной и иной поддержке. Социальная изоляция и одиночество – это ключевые детерминанты текущих и последующих потребностей пожилого населения в отношении медицинской и социальной помощи: эти факторы оказывают существенное негативное влияние на состояние здоровья, в частности способствуют повышению артериального давления, демонстрируют выраженную корреляцию с депрессией и повышенным риском смертности. Ситуация одинокого проживания, в которой оказываются многие пожилые люди, сопряжена с потребностями в медицинской помощи и уходе и имеет важное значение для их благополучия. Индикатор относится к возрастной группе 65 лет и старше и отражает принцип учета всех этапов жизни в общем наборе индикаторов для политики Здоровье-2020.
Определение	С помощью данного индикатора измеряется уровень потребностей в поддержке для пожилых – и в целом более уязвимых – групп населения путем расчета доли одиноких людей в возрасте 65 и старше
Сопряженные термины	Социальные связи
Предпочтительные источники данных	Опросные обследования домохозяйств Переписи населения
Другие возможные источники данных	Информация по европейским странам, ежегодно составляемая силами Европейской экономической комиссии Организации Объединенных Наций на основе опросных исследований по уровням дохода и условиям жизни Микропереписи Другие национальные опросные исследования, использующие аналогичные методологические подходы и анкеты
Метод измерения	Подсчеты численности населения позволяют определить число людей в возрасте 65 лет и старше и из них – проживающих в одиночестве. Индикатор рассчитывается как доля одиноко проживающих лиц среди населения в возрасте 65 лет и старше. В общем плане данные ограничены людьми, проживающими в частных домохозяйствах.
Метод оценки	н/п
Схема мониторинга и оценки	Итоговый результат

Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	н/п
Разбивка	Пол Возраст
Единица измерения	Процент
Ожидаемая периодичность распространения данных	Переписи населения, как правило, проводят каждые 10 лет, однако во многих странах имеются ежегодные проекции.
Ожидаемая периодичность сбора данных	Перепись населения каждые 10 лет Периодические расчетные оценки каждые 1–3 года
Ограничения	Значительные временные интервалы между переписями, не все страны проводят их с достаточной регулярностью.

Элемент данных	Общий объем семейного потребления
Название индикатора	(14) 4.1.c. Расходы домохозяйств на конечное потребление на душу населения (в долл. США, в постоянных ценах на 2005 г.)
Сокращенное название	Среднедушевые расходы домохозяйств на конечное потребление
Тип данных	Средневзвешенное значение
Тема	Экономическая политика и задолженность
Обоснование	Экономический рост измеряется либо динамикой объема выпускаемой продукции, либо изменением реальных доходов населения. В Системе национальных счетов ООН, 2008 г. ^о , предложены три практических индикатора для расчета роста: объем внутреннего валового продукта (ВВП), реальный валовой внутренний доход и реальный валовой национальный доход. Объем ВВП – это суммарная прибавленная стоимость, измеренная в постоянных ценах, создаваемая деятельностью домохозяйств, государства и всей индустрии, оперирующей в экономике. ВВП отражает все производство в стране, вне зависимости от того, поступает ли доход в пользу отечественных или зарубежных структур.
Определение	Суммарный среднедушевой уровень расходов домохозяйств на конечное потребление – это рыночная стоимость всех приобретаемых домохозяйством товаров и услуг, включая изделия длительного пользования (такие, как автомобили, стиральные машины и домашние компьютеры). В этот показатель не входит покупка жилищной недвижимости, однако он включает объем условно-исчисленной арендной платы собственников занимаемого жилья. Также включаются выплаты и сборы для получения различных разрешений и лицензий. В потребительских расходах домохозяйств учитываются расходы некоммерческих организаций, обслуживающих домохозяйства (НКОДХ), даже в тех случаях, когда эти сведения страна представляет в виде отдельной позиции. Данные рассчитывают в долл. США в постоянных ценах на 2005 г.
Сопряженные термины	Национальные счета
Предпочтительные источники данных	Данные Всемирного банка по национальным счетам Сборники данных по национальным счетам ОЭСР
Другие возможные источники данных	Европейская система национальных и региональных счетов агентства Евростат, в которой приводятся детальные сведения о конечном потреблении (постоянно проживающих) семей (исключая НКОДХ) в разбивке по типам товаров и услуг, а также данные

^о System of National Accounts 2008 – 2008 SNA [website]. New York: United Nations Statistics Division; 2014 (<https://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/sna2008.asp>, accessed 19 May 2014). Система национальных счетов 2008. Нью-Йорк; 2012 (<https://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/docs/SNA2008Russian.pdf>, по состоянию на 1 июня 2014 г.).

	<p>по фактическому индивидуальному потреблению (ФИП), которое представляет собой сумму потребительских расходов домохозяйств, НКОДХ и потребление органов государственного управления из расчета в евро на душу населения.</p> <p>ФИП на душу населения – это альтернативный индикатор, более удобный для характеристики материального благосостояния домохозяйств, поскольку он учитывает широкие различия между странами в относительных объемах государственного финансирования образования и медицинского обслуживания граждан.</p>
Метод измерения	н/п
Метод оценки	<p>Среднедушевые расходы домохозяйств на конечное потребление (частное потребление на душу населения) рассчитывают на основе общих цифр частного потребления в постоянных ценах 2005 г. и оценочных данных Всемирного банка по численности населения. ВВП, исчисленный методом конечного использования, включает расходы на конечное потребление домохозяйств, расходы на конечное потребление государственного управления, валовое накопление (частные и государственные инвестиции в основные фонды, баланс материальных оборотных средств и чистое приобретение активов), а также чистый экспорт (экспорт минус импорт) товаров и услуг. Такие расходы находят свое отражение в покупательских ценах и включают чистый объем налогообложения продукции. Дефляторы для потребления домохозяйств обычно рассчитывают на основе индекса потребительских цен.</p>
Схема мониторинга и оценки	н/п
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	н/п
Разбивка	По странам
Единица измерения	Доллары США в постоянных ценах на 2005 г.
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	<p>Поскольку внимание директивных органов, определяющих политику, как правило, сосредоточено на вопросах стимулирования роста производства и поскольку данные по объему производства товаров и услуг собрать проще, чем данные по расходам, многие страны для расчета ВВП используют «производственный метод». Более того, во многих странах не осуществляют расчетов всех компонентов национальных расходов, и вместо этого выводят некоторые сводные показатели косвенным образом, с использованием ВВП (рас-</p>

	<p>считанного на основе производственного метода) в качестве контрольного итогового значения. Таким образом, расходы домохозяйств на конечное потребление нередко определяют как остаток, после вычета всех других известных расходов из ВВП. Получаемое сводное значение может содержать значительные разночтения.</p> <p>Когда потребление домохозяйств рассчитывают отдельно, многие оценки основаны на опросах домохозяйств – в типичных случаях, одногодичных исследованиях с ограниченным охватом. При этом оценочные данные быстро устаревают, и их необходимо дополнять добавочными расчетами с использованием статистических процедур на основе цен и объемов. Что еще более осложняет дело, во многих развивающихся странах границы между денежными затратами для индивидуального бизнеса и на нужды домохозяйства нередко размыты. Особую трудность расчетов составляет теневая экономическая активность, особенно в развивающихся странах, где значительная часть экономической деятельности не регистрируется. Для получения полной картины экономики необходимо определять объем продукции домохозяйства, производимой для домашнего потребления, продажи на неорганизованном рынке, бартерные обмены, а также незаконную или намеренно несообщаемую деятельность. Систематичность и полнота таких расчетов зависят от квалификации персонала статистических органов и используемых ими методов.</p> <p>Определение цифр роста потребления и накопления капитала сопряжено с двумя видами возможных неточностей. Первый вытекает из трудностей оценки расходов при текущих ценах. Причина второго – дефляция данных по текущим ценам для измерения роста объема, когда результаты зависят от адекватности и надежности используемых индексов цен и весовых коэффициентов. По сравнению с товарами повседневного потребления, учитывать изменения цен в отношении товаров длительного пользования более трудно, поскольку их приобретение часто носит единовременный характер и поскольку темпы технологического прогресса затрудняют отслеживание изменений качества. (Типичный пример – компьютеры: цены падают параллельно с повышением качества.)</p>
--	--

Элемент данных	Образовательный уровень
Название индикатора	(15) 4.1.d. Образовательный уровень людей в возрасте 25 лет и старше, получивших, по крайней мере, среднее образование
Сокращенное название	н/п
Тип данных	Процент
Тема	Здоровье и благополучие
Обоснование	Образовательный уровень используется в качестве меры социального капитала и степени развития индивидуальных навыков; это также показатель общего квалификационного потенциала общества и трудовых ресурсов. Более высокий образовательный уровень прочно коррелирует с более высокими уровнями трудоустройства и воспринимается как путь к карьере и заработку и, следовательно, к шансам на улучшение доступа к товарам и услугам. Образовательный уровень – это индикатор накопления социального капитала, повышающего потенциал для благополучия. Более высокий образовательный уровень позволяет получить более престижную и высокооплачиваемую работу, облегчает доступ к информации и способствует улучшению здоровья.
Определение	Образовательный уровень определяется как наиболее высокий уровень образования, успешно достигнутый индивидуумом в системе образования страны, где он проходил обучение. Уровни образования определяются в соответствии с Международной стандартной классификацией образования (МСКО) 1997 года.
Сопряженные термины	Уровень образования
Предпочтительные источники данных	ЗДВ
Другие возможные источники данных	База данных ЮНЕСКО/UIS Национальные реестры по вопросам образования Опросные исследования по уровням дохода и условиям жизни Опросное исследование по трудовым ресурсам Европейского союза Другие (помимо ЮНЕСКО) национальные опросные исследования Обследования трудовых ресурсов
Метод измерения	Данные по уровням завершения среднего образования и выше среди лиц в возрасте 25 лет и старше, собираемые с использованием национальных систем регистрации или опросов. Численность лиц в возрасте 25 лет и старше, получивших, по крайней мере, среднее образование в соответствии с национальным определением и с использованием ступени 2 и выше по МСКО.
Метод оценки	н/п
Схема мониторинга и оценки	Социальные детерминанты и итоговые показатели
Метод расчета глобальных и региональных	Средневзвешенный по численности населения образовательный уровень по ступени полученного среднего образования среди населения в возрасте 25 лет и старше. Для расчета региональных уровней используют данные по

сводных показателей	отдельным государствам-членам.
Разбивка	По ступеням образования По полу
Единица измерения	Процент
Ожидаемая периодичность распространения данных	Каждые 1–3 года
Ожидаемая периодичность сбора данных	Непрерывно
Ограничения	н/п

Элемент данных	Коэффициент материнской смертности (на 100 000 живорожденных)
Название индикатора	(16) 5.1.а. Материнская смертность на 100 000 живорожденных (коды по МКБ-10: O00-O99)
Сокращенное название	Материнская смертность
Тип данных	Соотношение
Тема	Показатели здоровья
Обоснование	<p>Осложнения 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 развития тысячелетия 5 – улучшение здоровья матерей.</p> <p>Данный индикатор используют для мониторинга случаев смерти, связанных с беременностью и родами. Он отражает возможности систем здравоохранения для обеспечения эффективной медицинской помощи в целях профилактики и контроля осложнений, возникающих во время беременности и родов.</p>
Определение	Коэффициент материнской смертности – это ежегодно определяемое число обусловленных беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) случаев смерти женщин, наступившей в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением (но не от несчастного случая или случайно возникшей причины), на 100 000 живорожденных, за конкретный год.
Сопряженные термины	<p>Поздняя материнская смертность</p> <p>Живорожденный, живорождение</p> <p>Материнская смерть</p>
Предпочтительные источники данных	ЗДВ
Другие возможные источники данных	<p>Система регистрации актов гражданского состояния с полным охватом и оформлением медицинских свидетельств о причине смерти</p> <p>Национальная система эпиднадзора и реагирования в отношении материнской смертности</p> <p>Данные больничных учреждений</p> <p>Опросные обследования домохозяйств</p> <p>Переписи населения</p> <p>Системы выборочной или дозорной регистрации</p> <p>Специальные исследования</p>

<p>Метод измерения</p>	<p>Коэффициент материнской смертности можно рассчитать, разделив зарегистрированное (или оценочное) число случаев материнской смерти 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>Для расчета коэффициента материнской смертности в оптимальном варианте используют два источника информации: регулярно поступающие в ВОЗ (в основном из центральных статистических бюро) статистические данные о смертности, в разбивке по причинам, и данные больничной статистики, поступающие в министерства здравоохранения. В норме число случаев материнской смерти из обоих источников должно совпадать, что отмечается в большинстве западноевропейских стран. В некоторых странах, в частности в Восточной Европе, наблюдаются значительные различия, обусловленные национальной практикой сертификации и кодирования причин смерти. В подобных случаях более полными/точными являются данные, предоставляемые больничными учреждениями.</p> <p>После публикации в январе 2001 г. Европейской базы данных «Здоровье для всех» расчет коэффициента материнской смертности стали производить с использованием данных из обоих источников (при поступлении соответствующих данных), а при их расхождении берут более высокое из двух значений. 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 Фонд ООН в области народонаселения разработали уточненные оценки за 1990 и 1995 гг.</p> <p>Коэффициент материнской смертности можно также рассчитать непосредственно на основании данных, собранных при помощи систем регистрации актов гражданского состояния, полученных в результате опросных исследований домохозяйств или из других источников. Однако при этом часто возникают проблемы, обусловленные плохим качеством информации, особенно в связи с неполным учетом или неверной классификацией случаев смерти матерей. Поэтому данные нередко приходится корректировать, чтобы учесть подобные проблемы качества. При низкой достоверности данных в них следует вносить поправки с учетом неполной регистрации и неверной классификации случаев смерти, а также проводить оценки на основе использования моделей.</p> <p>Материнская смертность – это относительно редкое явление, поэтому если источником информации служат опросные исследования домохозяйств, необходимо использовать крупные выборки. Это требует очень больших затрат, а оценки, полученные в результате, все равно будут иметь широкие доверительные интервалы, ограничивающие полезность сопоставлений между странами или временными периодами.</p> <p>Чтобы избежать требуемого увеличения размера выборки, при проведении опросов DHS и MICS используется метод «сестринства», при котором уровень материнской смертности выясняют при</p>
------------------------	---

	<p>помощи вопросов, задаваемых респондентам относительно выживания их сестер. Следует отметить, что применение метода «сестринства» дает результаты в отношении любой смертности, связанной во времени с беременностью. Иными словами, независимо от причины смерти все случаи смерти во время беременности, родов или в течение шести недель после окончания беременности попадают в числитель коэффициента материнской смертности.</p> <p>Исследования смертности в репродуктивном возрасте используют различные источники в зависимости от контекста, чтобы выявить все случаи смерти женщин репродуктивного возраста и установить, какие из них отражают истинную материнскую смертность, а какие лишь по времени связаны с беременностью.</p>
<p>Метод оценки</p>	<p>ВОЗ, ЮНИСЕФ, Фонд ООН в области народонаселения и Всемирный банк разработали метод корректировки имеющихся данных, позволяющий учесть проблемы их качества и обеспечить сопоставимость различных источников. Этот метод предусматривает оценку данных с точки зрения их полноты, а также в случае необходимости корректировку с учетом неполной регистрации и неверной классификации случаев смерти, равно как и получение оценок при помощи статистического моделирования для тех стран, которые не имеют надежных данных национального уровня.</p> <p>Данные в отношении материнской смертности и другие соответствующие переменные получают из баз данных, которые ведут ВОЗ, Всемирный банк, Программа развития ООН и ЮНИСЕФ. Данные, поступающие из стран, различаются по источникам и методам сбора. С учетом варибельности источников информации при работе с каждым из них используют различные методы, так чтобы получить сопоставимые оценки по странам, позволяющие рассчитать региональные и глобальные сводные показатели.</p> <p>В настоящее время лишь около одной трети всех государств/территорий обладают надежными данными, которые не требуют проведения дополнительных оценок. Примерно половина стран, в отношении которых проводятся оценочные расчеты, предоставляют собственные оценки в отношении материнской смертности, которые подвергаются корректировке для обеспечения сопоставимости методологий. Что касается второй половины – стран, не имеющих надлежащих данных в отношении материнской смертности, – для них прогностические уровни материнской смертности определяются с использованием статистического моделирования. Однако точечные оценки, сделанные с помощью такой методологии, не всегда отражают реальные уровни материнской смертности. Поэтому рекомендуется рассматривать полученные оценочные данные вместе с представленными доверительными интервалами, в пределах которых находятся реальные уровни.</p>
<p>Схема мониторинга и оценки</p>	<p>Окончательный полезный эффект</p>
<p>Метод расчета глобальных и региональных</p>	<p>Региональные и глобальные сводные показатели основаны на средневзвешенных значениях (в качестве весовых коэффициентов используют общее число живорожденных). Такие сводные показатели</p>

сводных показателей	представляют только в том случае, если имеющиеся данные охватывают не менее 50% общего числа живорожденных на региональном или глобальном уровне.
Разбивка	н/п
Единица измерения	Число случаев смерти на 100 000 живорожденных
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодный сбор сведений для базы данных ЗДВ
Ограничения	н/п

Элемент данных	Показатель успешности лечения новых случаев легочного туберкулеза (ТБ) с положительным результатом бактериоскопии мазка мокроты
Название индикатора	(17) 5.1.b. Процент успешно пролеченных случаев среди завершивших лечение пациентов с лабораторно подтвержденным легочным туберкулезом
Сокращенное название	н/п
Тип данных	Процент
Тема	Охват услугами здравоохранения
Обоснование	<p>Успешность лечения – это показатель, используемый для оценки эффективности национальных программ борьбы с ТБ. Помимо очевидной пользы для пациентов, успешное лечение контагиозных случаев ТБ чрезвычайно важно для предотвращения распространения этой инфекции.</p> <p>Выявление и успешное лечение значительной части случаев ТБ должно незамедлительно повлиять на уровень распространенности ТБ и смертности в результате ТБ. За счет снижения уровня передачи инфекции успешное лечение большинства случаев также приведет, хотя и с некоторой задержкой во времени, к сокращению числа новых случаев.</p>
Определение	<p>Показатель излеченности и показатель успешности лечения (излеченные плюс успешно завершившие курс лечения без бактериологического подтверждения излеченности) случаев легочного ТБ с положительным результатом бактериоскопии мазка мокроты – это наиболее надежные индикаторы. Число пациентов с ТБ, зарегистрированных в конкретном году в рамках реализации национальной программы по борьбе с ТБ, успешно завершивших лечение (без бактериологического подтверждения успешности).</p> <p>По окончании курса лечения для каждого пациента определяют один из следующих пяти взаимоисключающих исходов: лечение завершено, летальный исход, лечение безуспешно, пациент прервал лечение (отрыв от лечения), перевод в другое учреждение (исход неизвестен). Все случаи с этими результатами плюс дополнительные случаи, зарегистрированные для лечения, но без указания исхода, в совокупности составляют 100% всех зарегистрированных случаев.</p>
Сопряженные термины	Новый случай ТБ ТБ
Предпочтительные источники данных	Системы клинической документации (истории болезни) Системы эпиднадзора
Другие возможные источники данных	н/п
Метод измерения	Уровни успешного лечения рассчитывают с использованием дан-

	<p>ных, полученных когортным методом (исходов среди зарегистрированных пациентов), и представляют собой долю излеченных и успешно пролеченных (без бактериологического подтверждения) случаев среди новых случаев туберкулеза (ТБ) с изначально положительным результатом бактериоскопии мазка мокроты, зарегистрированных в конкретном году в рамках реализации национальной программы по борьбе с ТБ.</p> <p>Результаты лечения зарегистрированных случаев ТБ ежегодно предоставляются странами в ВОЗ через онлайн-систему сбора данных (см. ежегодно выпускаемый ВОЗ Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом^Р). Эти сведения составляют с соблюдением рекомендаций ВОЗ в отношении определения исходов; они сопоставимы в международном масштабе и не требуют какой-либо корректировки.</p> <p>Поскольку курс лечения ТБ занимает 6–8 месяцев, оценку исходов лечения получают с задержкой. Национальные программы по борьбе с ТБ ежегодно представляют в ВОЗ данные о числе случаев ТБ, диагностированных в предшествующий год, и об исходах лечения когорты пациентов, начавших лечение годом раньше.</p>
Метод оценки	Оценочные расчеты не проводятся: прямая отчетность из стран
Схема мониторинга и оценки	Промежуточный результат
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Региональные и глобальные оценки получают путем агрегирования национальных данных (например, для расчета глобального показателя успешности лечения новых случаев ТБ с положительным результатом бактериоскопии мазка мокроты число успешно пролеченных новых мокротопозитивных случаев в отдельных странах делят на общее число новых мокротопозитивных случаев, зарегистрированных для лечения в конкретном году).
Разбивка	н/п
Единица измерения	Процент
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	н/п

^Р Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2013 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2013 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/ru/, по состоянию на 5 апреля 2014 г.).

Элемент данных	Общие государственные расходы на здравоохранение как процент от ВВП
Название индикатора	(18) 5.1.с. Государственные расходы на здравоохранение как процент от ВВП
Сокращенное название	ОГРЗ как % от ВВП
Тип данных	Процент
Тема	Ресурсы систем здравоохранения
Обоснование	<p>Это один из основных индикаторов систем финансирования здравоохранения. Он помогает определить относительный уровень государственных расходов (в международных долларах) на здравоохранение в пользу конкретного населения, что позволяет проводить международные сравнения.</p> <p>Он включает не только ресурсы, выделяемые из государственного бюджета, но и расходы на здравоохранение компаний с участием государственного капитала и расходы внебюджетных организаций, в частности в связи с обязательным медицинским страхованием.</p> <p>Этот индикатор относится к ресурсам, которые собирают и объединяют государственные учреждения, включая все формы поступлений.</p>
Определение	<p>Общие государственные расходы на здравоохранение представляют собой сумму всех выплат, направленных на поддержание, восстановление или укрепление здоровья, производимых в денежном выражении или в натуральной форме государственными структурами, такими как министерство здравоохранения и другие министерства, полугосударственные организации и органы социального страхования (без двойного учета государственных перечислений в фонды социального страхования и внебюджетные фонды). Они включают также выплаты семьям в целях компенсации расходов на медицинскую помощь – оплаты услуг здравоохранения и покупки изделий медицинского назначения. Оценки в максимально возможной степени основываются на классификации НСЗ (более подробно – см. <i>Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г.</i>⁹). Источниками служат как предоставляемые страновые данные, так и оценки, составляемые международными организациями, такими как Всемирный банк, Международный валютный фонд, ООН и ОЭСР. Поэтому итоговые оценки могут в известной степени отличаться от официальных данных национальной статистики, представляемых странами.</p>

⁹ The world health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/>, accessed 13 March 2014). Краткий обзор на русском языке: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г.: Совместная работа на благо здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2006 (http://www.who.int/whr/2006/06_overview_ru.pdf?ua=1, по состоянию на 9 апреля 2014 г.).

Сопряженные термины	Общие государственные расходы на здравоохранение Курс международного доллара (ППС)
Предпочтительные источники данных	ЗДВ
Другие возможные источники данных	Национальные счета здравоохранения Система административной отчетности
Метод измерения	<p>Индикаторы НСЗ основаны на информации в отношении расходов, собираемой в рамках международно признанной системы. В этом индикаторе отслеживаются ресурсы всех государственных структур, выступающих в роли финансовых агентов – распорядителей фондами здравоохранения, осуществляющих закупки товаров и планируемых услуг медицинского назначения или расплачивающихся за уже предоставленные товары и услуги.</p> <p>Подход НСЗ состоит в том, чтобы отслеживать транзакции, избегая дублирования учета, с целью всеобъемлющего охвата. Что особенно важно, эта стратегия должна быть комплексной, чтобы не допустить двойного учета государственных ассигнований на социальное страхование и перечислений во внебюджетные фонды. Отчетность о денежных и неденежных транзакциях ведется по покупательской стоимости. Имеются руководства по составлению НСЗ[†].</p>
Метод оценки	<p>Используется серия значений ППС, рассчитанных Всемирным банком в рамках Программы международных сопоставлений 2005 г. Для тех стран, в отношении которых этих данных нет, паритет покупательной способности (ППС) оценивает ВОЗ. В странах, где финансовый год начинается в июле, данные о расходах относят на второй год (например, данные за 2007/2008 финансовый год будут показаны в 2008 г.), если для конкретной страны не предусмотрено иное.</p> <p>Эти данные генерируют из источников, которые ВОЗ использует на протяжении свыше 10 лет. Наиболее всеобъемлющие и последовательные данные в отношении финансирования здравоохранения генерируют по НСЗ. Не все страны имеют или регулярно обновляют НСЗ. В подобных случаях данные поступают от партнерских технических учреждений внутри страны или из документов и докладов, находящихся в открытом доступе, и их приводят в соответствие с системой НСЗ. Недостающие показатели оценивают с использованием различных методов учета в зависимости от имеющихся данных по каждой стране.</p> <p>Основные используемые международные справочные источники – это база данных НСЗ ВОЗ (цифры общих государственных расходов на здравоохранение), а также предоставляемые Всемирным банком</p>

[†] A system of health accounts: 2011 edition. Paris: OECD Publishing; 2011 (http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts_9789264116016-en, accessed 14 March 2014); Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения: со специальными приложениями для стран с низким и средним уровнем дохода. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2003 (<http://www.who.int/healthaccounts/documentation/RussianGuide.pdf?ua=1>, по состоянию на 9 апреля 2014 г.).

	<p>наборы расчетных значений ППС или расчеты ВОЗ для тех стран, для которых Всемирный банк не предоставил оценочных значений ППС.</p> <p>ВОЗ ежегодно направляет оценки соответствующим министерствам здравоохранения для подтверждения их правильности.</p>
Схема мониторинга и оценки	Вкладываемые ресурсы
Метод расчета глобальных и региональных сводных показателей	Средние показатели взвешивают по численности населения для получения глобальных и региональных средних показателей для групп населения по категориям дохода (классификация Всемирного банка) и регионов ВОЗ
Разбивка	н/п
Единица измерения	Процент, с учетом ППС в международных долларах
Ожидаемая периодичность распространения данных	Ежегодно
Ожидаемая периодичность сбора данных	Ежегодно
Ограничения	Расчетные данные по расходам на здравоохранение собирают методом триангуляции информации, поступающей из нескольких источников, чтобы гарантировать, что учитываемые суммы включают основной объем расходов государства на здравоохранение. Некоторые цифры могут быть занижены – в тех случаях, когда невозможно получить данные о расходах местных органов власти, других министерств или внебюджетных организаций. В отношении данных регистрации добровольной или вынужденной миграции населения может иметь место запаздывание по времени.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City,
Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø,
Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00
Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: eucontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int