**Метаданные показателя ЦУР**

**(Гармонизированный шаблон метаданных - версия формата 1.0)**

1. **Информация о показателе**

**0.a. Цель**

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

**0.b. Задача**

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

**0.с. Показатель**

Показатель 3.8.1 Охват основными медико-санитарными услугами (определяемый как средний охват основными услугами по отслеживаемым процедурам, к которым относятся охрана репродуктивного здоровья, охрана здоровья матери и ребенка, лечение инфекционных заболеваний, лечение неинфекционных заболеваний и масштабы и доступность услуг для широких слоев населения и для находящихся в наиболее неблагоприятном положении групп населения)

**0.d. Ряд**

**0.e. Обновление данных**

2021-12-20

**0.f. Связанные показатели**

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

В настоящее время в индекс включены два других показателя ЦУР (3.a.1 и 3.d.1). Показатель 3.8.1 всегда следует интерпретировать вместе с другим показателем UHC ЦУР, 3.8.2, который измеряет финансовую защиту.

**0.g. Международные организации, ответственные за глобальный мониторинг**

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

**1. Данные представлены**

1.a. Организация

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

**2. Определения, концепции и классификации**

2.a. Определения и концепции

Определение:

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

Показатель представляет собой индекс, отображаемый на единичной шкале от 0 до 100, которая вычисляется как среднее геометрическое из 14 показателей индикатора охвата услугами здравоохранения.

Основные понятия

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

I. Репродуктивное здоровье матерей, новорожденных и детей

1. Планирование семьи: Процент женщин репродуктивного возраста (15-49 лет), которые состоят в браке или в одиноки, которые нуждаются в планировании семьи, устраиваются современными методами

2. Беременность и родовспоможение: Процент женщин в возрасте 15-49 лет с живорождением в определенный период времени, который получал дородовой уход четыре или более раз

3. Иммунизация детей: Процент младенцев, получающих три дозы вакцины против дифтерии-столбняка-коклюша

4. Лечение детей: Процент детей в возрасте до 5 лет с подозрением на пневмонию (кашель и затрудненное дыхание НЕ из-за проблемы в грудной клетке и заблокированном носу) в течение двух недель, предшествовавших обследованию, полученному в соответствующем медицинском учреждении или от лица, оказывающего медицинские услуги

II. Инфекционные заболевания

5. Туберкулез: Процент случаев заболевания ТБ, которые обнаруживаются и успешно лечатся

6. ВИЧ/СПИД: Процент людей, живущих с ВИЧ, в настоящее время получающих антиретровирусную терапию

7. Малярия: Процент населения в районах, эндемичных по малярии, которые спали в сетях, обработанных инсектицидами прошлой ночью [только для стран с высоким уровнем малярии]

8. Водоснабжение и санитария: процент домохозяйств, использующих улучшенные санитарные условия

III. Незаразная болезнь

9. Гипертония: стандартизированная по возрасту распространенность не повышенного кровяного давления (систолическое артериальное давление <140 мм рт.ст. или диастолическое артериальное давление <90 мм рт.ст.) Среди взрослых в возрасте от 18 лет и старше

10. Диабет: стандартизованная по времени средняя глюкоза в плазме натощак (ммоль/л) для взрослых в возрасте от 18 лет и старше

11. Табак: стандартизированная по возрасту распространенность взрослых> = 15 лет, не курящий табак за последние 30 дней (показатель ЦУР 3.a.1, метаданные, доступные [здесь](https://rosstat.gov.ru/storage/document/document_goal_indicator/2018-09/13/3.a.1.docx))

V. Грузоподъемность и доступность

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

13. Кадровые ресурсы здравоохранения: профессионалы здравоохранения (врачи, психиатры и хирурги) на душу населения по отношению к максимальным пороговым значениям для каждого кадра (часть показателя ЦУР 3.c.1 см. в метаданных [здесь](https://rosstat.gov.ru/storage/document/document_goal_indicator/2020-08/24/3.c.1_2020.docx))

14. Здравоохранение: индекс основных мощностей Международных медико-санитарных правил (ММСП), который представляет собой средний процент атрибутов из 13 основных мощностей, которые были достигнуты (показатель ЦУР 3.d.1, см. метаданные [здесь](https://rosstat.gov.ru/storage/document/document_goal_indicator/2020-08/24/3.d.1_2020.docx))

2.b. **Единица измерения**

Индекс.

2.c. **Классификации**

Не применимо.

**3. Тип источника данных и метод сбора данных**

3.a. **Источники данных**

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

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

3.b. **Метод сбора данных**

Механизмы сбора данных из стран различаются по 14 индикаторам показателя, однако во многих случаях агентство или межведомственная группа ООН собирают и анализируют соответствующие национальные источники данных, а затем проводят официальную консультацию стран с правительствами стран для обзора или подготовки сопоставимых оценок по странам. Для индекса охвата услуг UHC, когда эта существующая информация по 14 индикаторам показателя сопоставлена, ВОЗ проводит страновые консультации с назначенными координационными центрами от национальных правительств для рассмотрения материалов и расчета индекса. ВОЗ не предпринимает новых оценочных мероприятий для получения значений индикатора показателя для индекса обслуживания; скорее, индекс предназначен для использования существующих и хорошо зарекомендовавших себя рядов показателей для снижения бремени отчетности.

3.c. **Календарь сбора данных**

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

3.d. **Календарь выпуска данных**

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

3.e. **Поставщики данных**

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

3.f. **Составители данных**

Всемирная организация здравоохранения с опорой на материалы других международных агентств.

3.g. **Институциональный мандат**

**4. Иные методологические соображения**

4.a. **Обоснование**

Целевая задача 3.8 определяется как «Обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех». Задача заключается в том, чтобы все люди и сообщества получали необходимые им качественные медицинские услуги (включая лекарства и другие товары для здоровья) без финансовых затруднений. Для мониторинга целевой задачи 3.8 в рамках ЦУР были выбраны два показателя. Показатель 3.8.1 предназначен для охвата медицинских услуг, а в показателе 3.8.2 основное внимание уделяется расходам на здравоохранение в связи с бюджетом домашних хозяйств с целью выявления финансовых трудностей, вызванных прямыми платежами в области здравоохранения. В совокупности показатели 3.8.1 и 3.8.2 предназначены для охвата и размеров финансовой защиты, соответственно, целевой задачи 3.8. Эти два показателя должны всегда контролироваться совместно.

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

4.b. **Комментарии и ограничения**

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

4.c. **Метод расчета**

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

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

* Масштабирование на основе ненулевого минимума для получения более точного разрешения (это «растягивает» распределение по странам): распространенность неповышенного артериального давления и распространенность отказа от курения масштабируются с использованием минимального значения 50%.

масштабированное неповышенное артериальное давление = (X-40) / (100-40) \* 100

неупотребление табака после масштабирования = (X-30)/(100-30)\*100

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

масштабированное значение = (7,1 - исходное значение) / (7,1-5,1) \* 100

* Максимальные пороговые значения для индикаторов скорости: плотность больничных коек и плотность медицинского персонала ограничиваются максимальными пороговыми значениями, а значения выше этого порога остаются постоянными на уровне 100. Эти пороговые значения основаны на минимальных значениях, наблюдаемых в странах ОЭСР.

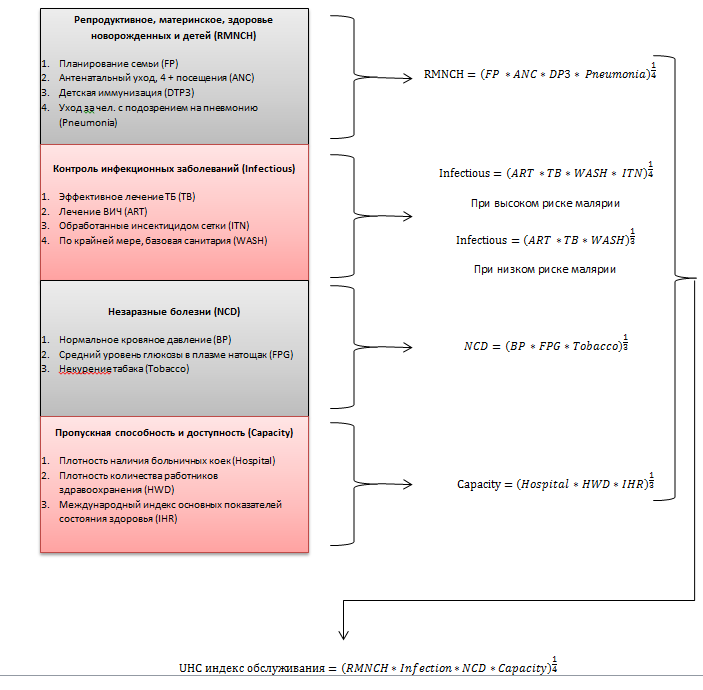
Перемасштабированное кол-во больничных коек на 10 000 = минимум (100, исходное значение / 18 \* 100)

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

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

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

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



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

4.d. **Валидация**

4.e. **Корректировки**

Не применимо.

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

• На уровне страны

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

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

• Если в стране отсутствуют значения в течение двух лет со значениями, линейная интерполяция используется для заполнения отсутствующих значений за прошедшие годы

• Если страна имеет исторические годы со значениями, но не имеет текущего значения, постоянная экстраполяция используется для заполнения пропущенных значений до текущего года

• Если у страны значение отсутствует, оно вменяется. Для обращения за медицинской помощью при пневмонии и плотности хирургов регрессия подходит для заполнения отсутствующих значений (подробности см. в Приложении 1). Для всех других показателей рассчитывается региональная медиана для заполнения отсутствующих значений. Регионы основаны на географических регионах Всемирного банка с отдельной группой традиционных стран с высоким уровнем дохода.

Учитывая сроки и распределение различных обследований состояния здоровья и других механизмов сбора данных, страны не собирают и не сообщают обо всех 14 индикаторов показателя охвата услугами здравоохранения на ежегодной основе. Следовательно, степень, в которой вменение используется для заполнения недостающей информации, следует сообщать вместе со значением индекса. И мониторинг на страновом уровне наиболее целесообразно проводить на более широких временных интервалах, например, каждые 5 лет, чтобы обеспечить возможность сбора новых данных по индикаторам. Таким образом, вместе со значением индекса следует сообщать о степени использования вменения для восполнения недостающей информации.

• На региональном и глобальном уровнях

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

4.g. **Региональное агрегирование**

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

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

4.i. **Управление качеством**

4.j. **Гарантия качества**

4.k. **Оценка качества**

**5. Доступность и дезагрегирование данных**

Доступность данных:

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

Временные ряды:

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

Разбивка:

Справедливость играет центральную роль в определении UHC, поэтому индекс охвата услуг UHC следует использовать для передачи информации о неравенствах в охвате услугами внутри стран. Это можно сделать, представив индекс отдельно для населения страны и малообеспеченных слоев населения, чтобы выявить различия между ними.

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

**6. Сопоставимость / отклонение от международных стандартов**

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

**7. Ссылки и документы**

URL: http://www.who.int/healthinfo/universal\_health\_coverage/en/

Использованные документы:

http://www.who.int/healthinfo/universal\_health\_coverage/report/2017/en/ http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(17)30472-2.pdf http://www.who.int/healthinfo/universal\_health\_coverage/en/

Ретроспективное развитие методов см.: http://www.who.int/healthinfo/universal\_health\_coverage/UHC\_WHS2016\_TechnicalNote\_May2016.pdf?ua=1 (заменен этим документом) http://www.who.int/healthinfo/universal\_health\_coverage/report/2015/en/ http://www.who.int/healthinfo/universal\_health\_coverage/report/2014/en/ <http://collections.plos.org/uhc2014>

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

Пожалуйста, направляйте любые комментарии или вопросы по адресу: [uhc\_stats@who.int](mailto:uhc_stats@who.int)

|  |  |
| --- | --- |
| Область индикатора | Планирование семьи |
| Определение индикатора | Процент женщин репродуктивного возраста (15-49 лет), которые состоят в браке или в союзе, которые нуждаются в планировании семьи, удовлетворены современными методами. |
| Числитель | Число женщин в возрасте 15-49 лет, которые состоят в браке или в союзе, которые используют современные методы. |
| Знаменатель | Общее число женщин в возрасте 15-49 лет, которые состоят в браке или в союзе, нуждающихся в планировании семьи |
| Основные источники данных | Обследования здоровья населения |
| Метод  расчета | Обследования домашних хозяйств включают в себя ряд вопросов для измерения современного уровня распространенности контрацептивов и спроса на планирование семьи. Общий спрос на планирование семьи определяется как сумма числа женщин репродуктивного возраста (15-49 лет), которые состоят в браке или в союзе и которые в настоящее время используют, или чей сексуальный партнер в настоящее время использует, по крайней мере, один метод контрацепции, и неудовлетворенная потребность в планировании семьи. Неудовлетворенной потребностью в планировании семьи является доля женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) либо замужем, либо в консенсуальном союзе, которые являются полноценными и сексуально активными, но не используют какой-либо метод контрацепции (современный или традиционный) и сообщают, не желая больше детей или желающих отсрочить рождение своего следующего ребенка в течение как минимум двух лет. Включены:  1. все беременные женщины (замужние или в консенсуальном союзе), беременность которых была нежелательной или ошибочной во время зачатия;  2. все послеродовые аменоретические женщины (женатые или в консенсуальном союзе), которые не используют планирование семьи и чье последнее рождение было нежелательным или ошибочным;  3. все женщины, способные родить (женатые или консенсуальные союзы), которые не беременны и не находятся в состоянии послеродовой аменореи, и которые либо не хотят больше детей (хотят ограничить размер семьи), либо желают отложить рождение ребенка по крайней мере два года или не знают, когда они хотят другого ребенка (хотят перерыв между родами), но не используют какой-либо метод контрацепции.  Современные методы включают стерилизацию женщин и мужчин, внутриматочное устройство (IUD), имплантат, инъекционные препараты, оральные контрацептивные таблетки, мужские и женские презервативы, вагинальные барьерные методы (включая диафрагму, шейку матки и спермицидную пену, желе, сливки и губку), метод лактационной аменореи (LAM), экстренная контрацепция и другие современные методы, не сообщаемые отдельно. |
| Метод оценки | Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций выпускает систематическую и всеобъемлющую серию ежегодных оценок и прогнозов процентной доли спроса на планирование семьи, которая удовлетворена среди замужних или женщин, состоящих в союзе. Байесовская иерархическая модель в сочетании с данными по конкретным странам используется для формирования оценок, прогнозов и оценок неопределенности по данным опроса. Модель учитывает различия по источникам данных, выборке населения и методам контрацепции. Смотрите здесь для подробностей:  http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/familyplanning/cp\_model.shtml |
| Заметки по UHC |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Область индикатора | Детская иммунизация |
| Определение индикатора | Процент младенцев, получавших три дозы вакцины против дифтерии-столбняка-коклюша |
| Числитель | Дети в возрасте 1 года, которые получили три дозы вакцины против дифтерии-столбняка-коклюша |
| Знаменатель | Все дети в возрасте 1 года |
| Основные источники данных | Обследования домашних хозяйств и информационные системы объектов. |
| Метод  расчета | Для данных обследований статус вакцинации детей в возрасте от 12 до 23 месяцев собирается из карт здоровья ребенка или, если нет карты, из отзыва со стороны опекуна. Для административных данных извлекается общее количество доз, назначаемых целевой группе. |
| Метод оценки | Вместе ВОЗ и ЮНИСЕФ получают оценки охвата DTP3 на основе данных, официально сообщенных ВОЗ и ЮНИСЕФ государствами-членами, а также данных, опубликованных в опубликованной и серой литературе. Они также консультируются с местными экспертами - в первую очередь с национальными менеджерами по охране окружающей среды и сотрудниками региональных отделений ВОЗ - за дополнительной информацией о выполнении конкретных местных служб иммунизации. Исходя из имеющихся данных, рассмотрения потенциальных предвзятостей и вкладов местных экспертов, ВОЗ/ЮНИСЕФ определяет наиболее вероятный истинный уровень охвата иммунизацией.  Более подробную информацию смотрите здесь:  http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/08-053819/en/  http://www.who.int/immunization/monitoring\_surveillance/routine/coverage/en/index4.html |
| Заметки по UHC | Существует изменчивость национальных графиков вакцинации в разных странах. Учитывая это, одним из вариантов мониторинга полной иммунизации детей является мониторинг доли детей, получающих вакцины, включенных в национальный график своей страны. Второй вариант, который может быть более сопоставим по странам и времени, заключается в мониторинге покрытия DTP3 в качестве прокси для полной иммунизации детей. Вакцина, содержащая дифтерий-столбняк-коклюш, часто включает в себя другие вакцины, например, против гепатита В и гемофильного гриппа типа В, и является разумным показателем того, в какой степени в стране существует надежная платформа доставки вакцин. |

|  |  |
| --- | --- |
| Область индикатора | Лечение детей (уход за симптомами пневмонии) |
| Определение индикатора | Процент детей в возрасте до 5 лет с подозрением на пневмонию (кашель и затрудненное дыхание НЕ из-за проблемы в грудной клетке и заблокированный нос) за две недели, предшествовавшие обследованию, полученному в соответствующее учреждение или лицо, оказывающее медицинские услуги. |
| Числитель | Число детей с подозрением на пневмонию за две недели, предшествующие обследованию, оказанное лицом, оказывающее медицинские услуги. |
| Знаменатель | Число детей с подозрением на пневмонию за две недели до обследования |
| Основные источники данных | Обследования домохозяйств |
| Метод  расчета | Во время совещания ЮНИСЕФ/ВОЗ по показателям, связанным с выживанием детей, проведенного в Нью-Йорке 17-18 июня 2004 года, было рекомендовано охарактеризовать острые респираторные инфекции (ОРИ) как «предполагаемую пневмонию», чтобы лучше отражать вероятную причину и рекомендованные вмешательства. Определение предполагаемой пневмонии, используемой в Обзоре демографии и здоровья (DHS) и в Групповых обследованиях с множественными показателями (MICS), было выбрано группой и основано на восприятии матерями ребенка, у которого есть кашель, дышит быстрее обычного с короткими, быстрыми вдохами или затрудненное дыхание, исключая детей, у которых был только заблокированный нос. Определение «подходящего» поставщика медицинских услуг варьируется между странами.  ВОЗ ведет базу данных наблюдений на уровне стран по результатам обследований домохозяйств, доступ к которым можно получить здесь:  http://apps.who.int/gho/data/node.main.38?lang=en |
| Метод оценки | В настоящее время нет сопоставимых на международном уровне оценок этого показателя. |
| Заметки по UHC | Этот показатель обычно не измеряется в странах с более высоким уровнем дохода с хорошо зарекомендовавшими себя системами здравоохранения. Для стран, не имеющих наблюдаемых данных, охват оценивался по регрессии, которая предсказывает охват по уходу за симптомами пневмонии (по шкале logit), полученной из базы данных ВОЗ, описанной выше, в зависимости от журнала оценочных данных, пять смертей от пневмонии, которые можно найти здесь: https://www.who.int/healthinfo/global\_burden\_disease/estimates/en/ind ex2.html |

|  |  |
| --- | --- |
| Область индикатора | Лечение туберкулеза |
| Определение индикатора | Процент случаев заболевания ТБ, которые были обнаружены и успешно лечены в течение данного года |
| Числитель | Число новых случаев и случаев рецидивов, выявленных в данном году и успешно леченных |
| Знаменатель | Количество новых и рецидивов в том же году |
| Основные источники данных | Информационные системы, системы эпиднадзора, демографические обследования населения с диагностическим тестом на туберкулез, регистрацию ТБ и соответствующую квартальную систему отчетности (или электронные регистраторы ТБ) |
| Метод  расчета | Для этого индикатора требуются два основных входа:  (1) Число новых и рецидивирующих случаев туберкулеза диагностировано и лечится в национальных программах борьбы с туберкулезом и уведомлено ВОЗ в конкретном году.  (2) Число случаев заболевания ТБ в том же году, как правило, оценивается ВОЗ.  Конечный индикатор = (1) / (2) |
| Метод оценки | Оценки заболеваемости ТБ производятся в рамках консультативного и аналитического процесса, возглавляемого ВОЗ, и публикуются ежегодно. Эти оценки основаны на ежегодных уведомлениях о случаях, оценках качества и охвата данных уведомления о туберкулезе, национальных обследованиях распространенности заболевания ТБ и информации о смертельных (жизненно важных) системах регистрации. Оценки заболеваемости для каждой страны производятся с использованием одного или нескольких из следующих подходов в зависимости от имеющихся данных:  1. заболеваемость = уведомления о случаях/оценочная доля выявленных случаев;  2. заболеваемость = распространенность/продолжительность заболевания;  3. заболеваемость = смертность/доля случаев инцидентов, которые умирают.  Эти оценки заболеваемости туберкулезом сочетаются с данными по странам о количестве выявленных и обработанных случаев и о процентном отношении случаев, которые были успешно обработаны, как описано выше. |
| Заметки по UHC | Чтобы вычислить индикатор с использованием оценок ВОЗ, можно получить доступ к необходимым файлам здесь: http://www.who.int/tb/country/data/download/en/,и вычислить индикатор как as = c\_cdr |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Область индикатора | Предотвращение малярии |
| Определение индикатора | Процент населения в эндемичных по малярии районах, которые спали под ITN накануне вечером. |
| Числитель | Число людей в эндемичных по малярии областях, которые спали под ITN. |
| Знаменатель | Общее количество людей в эндемичных районах малярии. |
| Основные источники данных | Данные о доступе к домохозяйству и использовании ITN поступают из общенациональных репрезентативных обследований домашних хозяйств, таких как демографические и медицинские обследования, групповые обследования с несколькими показателями и обследования показателей по малярии. Данные о количестве ITN, поставляемых производителями в страны, составляются Milliner Global Associates, а данные о количестве ITN, распространяемых внутри стран, сообщаются Национальными программами борьбы с малярией. |
| Метод  расчета | Во многих недавних национальных обследованиях сообщается о количестве ITN, наблюдаемых в каждом домохозяйстве-респонденте. Оценки владения могут быть преобразованы в долю людей, спящих в ITN, используя линейную зависимость между доступом и использованием, полученную из 62 опросов, которые собирают информацию по обоим показателям. |
| Метод оценки | Математические модели могут использоваться для объединения данных обследований домашних хозяйств по доступу и использованию с информацией о поставках ITN от производителей и распределении ITN по национальным программам борьбы с малярией для получения ежегодных оценок охвата ITN. ВОЗ использует этот подход в сотрудничестве с проектом «Атлас малярии». Методологические подробности можно найти в Приложении к Всемирному докладу о малярии в 2015 году: http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report2015/report/en/. |
| Заметки по UHC | ВОЗ производит сопоставимые оценки охвата ITN для 40 стран с высокой нагрузкой. Для других стран покрытие ITN не включено в индекс охвата услуг UHC из-за ограничений данных. Однако в будущих исследованиях основное внимание будет уделено оценке охвата ITN среди лиц, подвергающихся риску, в странах за пределами Африки с (потенциально локализованным) бременем малярии. |

|  |  |
| --- | --- |
| Область индикатора | Водоснабжение и санитария |
| Определение индикатора | Процент домохозяйств, использующих улучшенные санитарные условия |
| Числитель | Население, проживающее в домашнем хозяйстве с: промывкой или заливом в канализационную систему, септик или выгребная яма; вентилируемый улучшенный ящик для уборки ямы; выгребная яма с плитой; или компостирующий туалет. |
| Знаменатель | Общая численность населения |
| Основные источники данных | Обследования домашних хозяйств и переписи населения |
| Метод  расчета | Ответы домашних хозяйств, взвешенные по размеру домашних хозяйств, используются для расчета охвата населения. |
| Метод оценки | СПМ собирает, анализирует и оценивает национальные данные, собранные статистическими управлениями и другими соответствующими учреждениями, включая отраслевые органы. Линейная регрессия используется для получения оценок населения, пользующегося улучшенными санитарно-техническими средствами, а также доли населения, практикующего открытую дефекацию. Регрессии также сделаны для оценки населения, использующего улучшенные санитарно-технические сооружения, подключенные к канализации и септиктенкам; они ограничены, чтобы не превышать оценки общего числа улучшенных объектов. Доля населения, пользующегося канализационными и не канализационными санитарно-техническими сооружениями, оценивается путем усреднения всех имеющихся данных о совместном использовании, полученных в результате обследований домохозяйств и переписей. Базовые санитарно-технические услуги рассчитываются путем умножения доли населения, пользующегося улучшенными санитарно-техническими средствами, на долю улучшенных санитарно-технических сооружений, которые не используются двумя или более домохозяйствами. Отдельные оценки производятся для городских и сельских районов, а национальные оценки рассчитываются как средневзвешенные значения двух с использованием данных о населении из самого последнего доклада Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Самое последнее обследование домохозяйств или перепись, доступная для большинства стран, как правило, проводилась от двух до шести лет назад. СПМ экстраполирует регрессии на два года после последней доступной точки данных. После этого значения оценки остаются неизменными на срок до четырех лет, за исключением случаев, когда охват составляет менее 0,5 процента или выше 99,5 процента, и в этом случае линия продлевается на неопределенный срок. Для получения дополнительной информации см. https://washdata.org/monitoring/methods/estimation-methods. |
| Заметки по UHC | Показатель ЦУР для санитарии (ЦУР 6.2.1) является расширенной версией показателя MDG, включающим качество санитарии. После того, как данные по стране и оценки будут доступны для этого нового показателя, его можно использовать для мониторинга UHC вместо определения индикатора MDG, описанного выше. Также можно рассмотреть совместный показатель, который определяет долю домашних хозяйств, имеющих доступ к безопасной воде и санитарии. |

|  |  |
| --- | --- |
| Область индикатора | Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний |
| Определение индикатора | Стандартизованная по возрасту распространенность нормального артериального давления среди взрослых в возрасте 18+, независимо от статуса лечения |
| Числитель | Число взрослых в возрасте 18 лет и старше с систолическим артериальным давлением <140 мм рт.ст. и диастолическое артериальное давление <90 мм рт.ст. (независимо от состояния лечения) |
| Знаменатель | Количество взрослых в возрасте от 18 лет и старше |
| Основные источники данных | Населенные обследования и системы наблюдения |
| Метод  расчета | Используются источники данных, регистрирующие измеренное кровяное давление (исключаются данные с самоотдачей). Если для каждого участника принимается несколько показаний кровяного давления, первое чтение отбрасывается, а остальные показания усредняются. |
| Метод оценки | Для получения сопоставимых национальных оценок данные наблюдений за распространенностью, определяемыми с помощью чередующихся обследований SBP и/или DBP, преобразуются в распространенность повышенного кровяного давления, определяемого как систолическое артериальное давление> 140 мм рт.ст. или диастолическое артериальное давление> = 90 мм рт.ст., используя регрессионных уравнений. Затем к этим данным привязана байесовская иерархическая модель для расчета распространенности удельного веса в зависимости от возраста и пола в стране, в которой учитываются национальные и субнациональные источники данных, источники данных о городских и сельских источниках, а также учитываются различия в распространенности по возрасту и полу. Затем оцениваются оценки, основанные на агитации, путем применения грубых оценок к Стандартной группе ВОЗ. Подробная информация о статистических методах приведена здесь:  <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31919-5/fulltext> |
| Заметки по UHC | Оценки распространенности преобразуются в распространенность нормального артериального давления для включения в индекс UHC, так что значение 100% является оптимальной целью. Это вычисляется как: нормальное распространенность артериального давления = 1 - повышенная распространенность артериального давления. Вышеприведенные оценки сделаны отдельно для мужчин и женщин; для индикатора показателя UHC вычисляется простое среднее значение для мужчин и женщин.  Нормальное кровяное давление представляет собой сумму процента лиц, у которых нет гипертонии, и процент лиц, у которых гипертония контролируется медикаментами. Отсутствие гипертонии является результатом профилактических мероприятий путем стимулирования физической активности и здорового питания, а также других факторов. Гипертензия, контролируемая препаратом, является результатом эффективного лечения. Таким образом, этот показатель является прокси как эффективного укрепления здоровья, так и эффективных медицинских услуг. По мере поступления большего количества данных этот показатель, скорее всего, будет заменен на долю населения, получающего лечение гипертонией. |

|  |  |
| --- | --- |
| Область индикатора | Контроль диабета |
| Определение индикатора | Стандартизованная по времени средняя глюкоза в плазме натощак для взрослых в возрасте от 25 лет и старше |
| Основные источники данных | Обследования населения и системы эпиднадзора |
| Метод  расчета | Уровни глюкозы в плазме натощак (FPG) определяются путем взятия образца крови у участников, которые голодали по меньшей мере 8 часов. Другие связанные биомаркеры, такие как гемоглобин A1c (HbA1c), использовались для расчета оценок (см. ниже). |
| Метод оценки | Для получения сопоставимых национальных оценок данные наблюдений, основанные на среднем FPG, оральном тесте на толерантность к глюкозе (OGTT), HbA1c или их комбинациях, все превращаются в средние FPG. Затем к этим данным привязана байесовская иерархическая модель для расчета распространенности удельного веса в зависимости от возраста и пола в стране, в которой учитываются национальные и субнациональные источники данных, источники данных о городских и сельских источниках, а также учитываются различия в распространенности по возрасту и полу. Стандартизованные по возрасту оценки затем производятся путем применения приблизительных оценок к Стандартной группе ВОЗ. Методологические подробности можно найти здесь:  https://www.who.int/diabetes/global-report/en/ |
| Заметки по UHC | FPG человека может быть низким из-за эффективного лечения с помощью снижения уровня глюкозы или потому, что индивидуум не диабетичен в результате деятельности по укреплению здоровья или других факторов, таких как генетика. Таким образом, среднее значение FPG является показателем как эффективного продвижения здоровых диет и поведения, так и эффективного лечения диабета. По мере поступления большего количества данных этот показатель будет заменен на долю населения с диабетом, находящимся в стадии лечения.  Приведенная выше оценка проводится отдельно для мужчин и женщин; для индикатора показателя UHC вычисляется простое среднее значение для мужчин и женщин. |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Область индикатора | Доступность больниц |
| Определение индикатора | Больничные койки на душу населения, относительно максимального порога 18 на 10 000 населения |
| Числитель | Количество больничных коек (должно исключать рабочие и родильные кровати) |
| Знаменатель | Общая численность населения |
| Основные источники данных | Административные системы/Система отчетности учреждений здравоохранения |
| Метод  расчета | Страновые административные системы используются для суммарного количества больничных коек, которые делятся на общую предполагаемую численность населения и умножаются на 10 000 человек.  Региональные отделения ВОЗ и другие группы собирают информацию о плотности национальных больничных коек, включая следующие онлайн-ресурсы:  Региональная обсерватория ВОЗ EMRO:  <https://rho.emro.who.int/rhodata/node.main.A36>  Региональная обсерватория ВОЗ AFRO: <http://www.aho.afro.who.int/en/datastatistics/hospital-beds-10-000-population>  Профили стран SEARO ВОЗ:  http://www.aho.afro.who.int/en/data-statistics/hospital-beds-10-000-population Европейский медицинский портал ВОЗ ЕВРО:  <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>  ОЭСР: https://data.oecd.org/healtheqt/hospital-beds.htm |
| Метод оценки | Используя имеющиеся данные, показатель вычисляется относительно порогового значения в 18 больничных коек на 10 000 населения. Этот порог ниже наблюдаемого минимума страны с высоким уровнем дохода ОЭСР (с 2000 года) 20 на 10 000 человек и, как правило, соответствует ставке госпитализации в стационаре около 5 на 100 в год. Этот показатель призван обеспечить низкий уровень больничной способности; максимальный порог используется, потому что очень высокая плотность больничных коек не является необходимым для эффективного использования ресурсов. Индикатор рассчитывается следующим образом, используя данные страны о плотности больничного койко-места (x), что приводит к значениям от 0 до 100:   * Страна с плотностью больничной койки х <18 на 10000 в год, индикатор = x / 18 \* 100. * Страна с плотностью больничной койки x> = 18 на 10 000 в год, индикатор = 100. |
| Заметки по UHC | Альтернативным показателем может быть уровень госпитализации в стационаре, относительно максимального порога. Однако этот показатель в настоящее время не сообщается широко в разных регионах, в частности в Африканском регионе. В странах, где имеются больничные койки на душу населения и тарифы на госпитализацию, они сильно коррелированы. |

|  |  |
| --- | --- |
| Область индикатора | Кадровые ресурсы здравоохранения |
| Определение индикатора | Специалисты здравоохранения (врачи, психиатры и хирурги) на душу населения, по отношению к максимальным пороговым значениям для каждого кадрового |
| Числитель | Число врачей, психиатров и хирургов |
| Знаменатель | Общая численность населения |
| Основные источники данных | Национальная база данных или реестр работников здравоохранения, в идеале в сочетании с регулярной оценкой полноты, использующей данные переписи, реестров профессиональных ассоциаций или переписей объектов. |
| Метод  расчета | Классификация работников здравоохранения основывается на критериях профессионального образования и обучения, регулировании профессий здоровья, а также на мероприятиях и задачах рабочих мест, т.е. на основе классификации ключевых переменных рабочей силы в соответствии с общими характеристиками. Структура ВОЗ в значительной степени опирается на последние изменения в международно стандартизованные системы классификации Международной организации труда (Международная стандартная классификация профессий), Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (Международная стандартная классификация образования) и Статистический отдел Организации Объединенных Наций (Международная стандартная отраслевая классификация всех видов экономической деятельности). Методические подробности и данные можно найти здесь: http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/ |
| Метод оценки | Используя имеющиеся данные, показатель рассчитывается путем первого масштабирования, отдельно, коэффициентов плотности работников здравоохранения для каждого из трех кадров (врачей, психиатров и хирургов) по сравнению с минимальными наблюдаемыми значениями в странах ОЭСР с 2000 года, которые следующие: врачи = 0,9 на 1000, психиатров = 1 на 100 000, а хирургов = 14 на 100 000 человек. Это масштабирование выполняется так же, как и для индикатора плотности больничной койки, описанного выше, в результате чего значения индикаторов варьируются от 0 до 100 для каждого из трех кадров. Например, используя данные по странам для врачей на 1000 человек населения (x), кадровый показатель будет рассчитываться как:   * Страна с x <0,9 на 1000 в год, кадровый показатель = x / 0,9 \* 100. * Страна с x> = 0,9 на 1000 в год, кадровый показатель = 100.   В качестве последнего шага вычисляется среднее геометрическое трех значений показателя кадровой специфичности, чтобы получить окончательный показатель плотности рабочей силы здравоохранения. |
| Заметки по UHC | Категорию «врачей» в идеале можно было бы расширить, включив в нее всех «основных специалистов в области здравоохранения», таких как медсестры и акушерки. Однако нет международной сопоставимой базы данных, в которой используются согласованные определения профессионалов в области здравоохранения, не связанных с врачом, для обеспечения полноты сопоставлений в разных странах. Работа по измерению показателя ЦУР 3.c.1 может решить эту проблему и обеспечить более полный показатель. |

|  |  |
| --- | --- |
| Область индикатора | Здравоохранение |
| Определение индикатора | Международный индекс основных показателей здоровья (ММСП), который представляет собой средний процент атрибутов из 13 основных мощностей, которые были достигнуты в определенный момент времени.  13 основных возможностей: (1) национальное законодательство, политика и финансирование; (2) координация и координация национальных координационных центров; (3) надзор; (4) Ответ; (5) готовность; (6) Сообщение о риске; (7) людские ресурсы; (8) Лаборатория; (9) Пункты входа; (10) зоонозные события; (11) безопасность пищевых продуктов; (12) Химические события; (13) Радиоядерные чрезвычайные ситуации. |
| Числитель | Количество достигнутых атрибутов |
| Знаменатель | Общее количество атрибутов |
| Основные источники данных | Обзор ключевых информантов |
| Метод  расчета | Ключевые докладчики сообщают о достижении набора атрибутов для каждой из 13 основных возможностей с использованием стандартного инструментария ВОЗ. Этот инструмент основан на самооценке государства-участника. Анкета была пересмотрена в 2018 году и использовалась для отчетности в 2018 и 2019 годах в том же формате, который отличается от анкеты, использовавшейся в период с 2010 по 2017 год, поэтому существуют ограничения для сравнения баллов из отчетов за период 2010-2017 годов с отчетами после 2018 года. |
| Метод оценки | Оценка каждого уровня индикатора классифицируется как процент выполнения по шкале от 1 до 5. например для страны, выбравшей уровень 3 для индикатора 2.1, уровень индикатора будет выражен как: 3/5\*100=60% УРОВЕНЬ ПОТЕНЦИАЛА Уровень потенциала выражается как среднее значение всех индикаторов. например для страны, выбирающей уровень 3 для показателя 2.1 и уровень 4 для показателя 2.2. Уровень индикатора для 2.1 будет выражен как: 3/5\*100=60%, уровень индикатора для 2.2 будет выражен как: 4/5\*100=80% и уровень мощности для 2 будет выражен как: (60+80) /2=70% |
| Заметки по UHC | Страны начали сообщать ВОЗ о достижении основных возможностей ММСП за 2010 год. Для всех лет 2000–2009 годов используется самая ранняя доступная оценка ММСП для каждой страны. |